THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 17 avril 1857,

Par Cl.-Stéphane TARNIER,

né à Aiserey (Côte-d'Or),

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux et Hospices civils de Paris,
Interne de la Maternité (Maison d'Accouchements),
Lauréat des Hôpitaux (Concours de l'Internat, 1852, Concours des Prix, 1855),
Médaille de Bronze de l'Administration de l'Assistance publique (1852 et 1856),
Médaille d'Argent du Gouvernement (Choléra 1849),
ex-Élève de l'École Pratique,
Membre de la Société Anatomique.

RECHERCHES
SUR L'ÉTAT PUERPÉRAL
ET SUR LES MALADIES DES FEMMES EN COUCHES.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1857

1857. — Tarnier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN. MM.

Anatomie	....
Physiologie	BÉRARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacie	SOUBEIRAN.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	J. CLOQUET. DENONVILLIERS.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU, Examinateur.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS, Président.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
BARTH.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BOUCHUT.
BROCA.
DELPECH, Examinateur.
DEPAUL.
FOLLIN.
GOSSELIN.
GUBLER.
GUENEAU DE MUSSY.
JARJAVAY.

MM. LASÈGUE, Examinateur.
LECONTE.
ORFILA.
PAJOT.
REGNAULD.
A. RICHARD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VERNEUIL.
VIGLA.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

A MA FAMILLE.

A mes amis,

A. CHARRIER, E. CLIN, E. TURNER,

A. BEAUFORT, H. BERTHAUT, O. MOUTTON, G. PIGNANT,

Docteurs en Médecine.

A M. GENDRIN,

Médecin de la Pitié.

Pendant deux ans, j'ai été votre élève; permettez-moi de conserver toujours ce titre, et de vous exprimer ma profonde reconnaissance.

A MME CHARRIER,

Sage-Femme en Chef de la Maternité de Paris.

Témoignage de ma sincère affection pour la bienveillance que vous m'avez toujours témoignée, et pour la bonté de vos conseils.

A M. LE DR COFFIN.

A M. A. DANYAU,

Chirurgien et Professeur de la Maternité,
Membre de la Société de Chirurgie,
Membre de l'Académie impériale de Médecine.

Hommage respectueux d'un élève reconnaissant des préceptes qu'il a puisés dans votre double enseignement théorique et clinique.

Je prie mes autres maîtres dans les hôpitaux, MM. Chassaignac, Lélut, Falret, Trélat, Morel-Lavallée, Natalis Guillot, Michon, Desormeaux, Béhier, P. Dubois, Gérardin, Guibout, Delpech, d'agréer l'expression publique de ma gratitude pour leurs savantes leçons et les conseils bienveillants qu'ils m'ont toujours donnés.

RECHERCHES

SUR

L'ÉTAT PUERPÉRAL

ET SUR

LES MALADIES DES FEMMES EN COUCHES.

Il n'est guère de maladie dont l'histoire soit encore environnée d'autant d'obscurité que celle de la fièvre puerpérale; malgré les nombreux travaux qu'ont vus naître ces dernières années, les opinions les plus contradictoires sont encore émises par les hommes les plus compétents, et celui qui, pour se former une opinion, ne consulterait que les auteurs sans faire intervenir son expérience et son jugement personnels, celui-là se trouverait placé dans un étrange embarras.

(*Compendium de médecine pratique*, t. VII, p. 218.)

CHAPITRE I[ER].

RECHERCHES SUR L'ÉTAT PUERPÉRAL PHYSIOLOGIQUE.

Dans les questions dont la connaissance se rattache aux maladies puerpérales, les idées soutenues par les pathologistes nous montrent de nombreuses dissidences, et nous indiquent à quel degré ils ont été embarrassés quand ils ont voulu soit apprécier la nature de ces maladies, soit en établir le diagnostic et en déduire les indications

curatives. Cette divergence d'opinions nous a paru tenir non-seulement à la difficulté du sujet, mais encore aux notions peu précises que nous possédons sur l'état puerpéral, connu de tous les médecins, mais que chacun d'eux peut limiter ou comprendre d'une manière différente. On ne devrait jamais oublier combien sont étendues les conséquences de ce principe de pathologie générale, que les états morbides sont gouvernés dans leur apparition, leur marche, leur durée, leur terminaison, leur transformation, leur reproduction, par les conditions de l'organisme, par les différents âges, et par les fonctions temporaires; aussi il nous a semblé qu'il ne serait pas inutile de faire précéder une étude sur les maladies des femmes en couches par quelques considérations physiologiques. Nous essayerons de faire voir que les fonctions transitoires principales, telles que la menstruation, la grossesse, la parturition, la lactation, s'enchaînent les unes avec les autres d'une façon si étroite que ce n'est qu'artificiellement qu'on a pu établir entre elles des limites exactes, tandis qu'elles doivent être rattachées dans leur ensemble à l'histoire de l'état puerpéral.

Immédiatement après l'accouchement, et quelque temps après lui, les femmes présentent un état particulier, caractérisé plus spécialement par l'écoulement lochial et la sécrétion laiteuse, que la plupart des médecins ont désigné sous le nom d'état puerpéral. Ainsi limité, le sens de cette dénomination me paraît beaucoup trop restreint, et je crois devoir l'étendre à l'état que présentent les femmes depuis le moment de la conception, et même depuis la menstruation, jusqu'à la cessation complète des fonctions qui accompagnent l'acte de la génération, c'est-à-dire jusqu'à la fin de la lactation, quand elle a lieu, et, quand elle est supprimée, jusqu'au retour des viscères du bassin à leur état anatomique ordinaire.

Sans doute, après l'accouchement, l'organisme éprouve des modifications tellement profondes, et si évidentes, que personne ne les a méconnues; mais il n'en est pas moins vrai que des modifications non moins importantes, quoique moins palpables et moins rapides dans leur évolution, surgissent pendant la menstruation, se déve-

loppent avec la conception, croissent pour ainsi dire avec la grossesse, pour diminuer ensuite progressivement et ne disparaître qu'après elle. Tout s'enchaîne dans la succession de ces phénomènes naturels, et les changements anatomiques ou physiologiques, qui naissent les premiers, ne servent qu'à préparer le développement de changements secondaires, dont l'apparition leur est subordonnée. Il me semblerait tout aussi déraisonnable de réserver la dénomination d'état puerpéral à l'état des femmes nouvellement accouchées, qu'il serait déraisonnable de réserver le nom de grossesse à cette période seule dans laquelle on perçoit les battements du cœur de l'enfant; je n'y vois qu'une simple addition de phénomènes.

Sans contredit, l'expulsion du fœtus amène dans l'organisme entier, et dans l'utérus en particulier, des changements tels que l'état puerpéral en est singulièrement modifié par les caractères nouveaux qui viennent s'y ajouter; et s'il m'est permis de transporter du domaine de la pathologie dans celui de la physiologie une heureuse expression du Dr Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, pour noter cette différence, j'appellerai *grand état puerpéral* l'ensemble des phénomènes observés chez une nouvelle accouchée, et *petit état puerpéral* l'ensemble des modifications que subit l'organisme pendant la grossesse et la lactation. Je suis, malgré moi, poussé à aller plus loin encore, et à rattacher à l'état puerpéral la période de la menstruation, car nous verrons bientôt que l'écoulement menstruel prédispose au développement de maladies qui, comme la fièvre puerpérale, sont réputées spéciales aux femmes en couches; nous montrerons d'ailleurs que plus d'un rapprochement peut être fait entre l'état de la femme au moment de ses règles et celui qui succède à l'accouchement, et que ce n'est guère que par l'influence que les mots ont sur les idées qu'on éprouve de la répugnance à dire qu'une femme qui n'a pas eu d'enfant est sous l'influence de l'état puerpéral.

Ce n'est même pas chez la femme seulement, mais encore chez le fœtus et le nouveau-né, qu'il convient de rechercher l'influence de l'état puerpéral, ainsi que l'a fait mon collègue et ami le Dr Lorain; le passage suivant de sa thèse le montre suffisamment (*De la*

Fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus, et le nouveau-né; Paris, 1855) : « Je ne doute pas que le titre de ce mémoire ne m'attire des critiques en apparence bien fondées ; il semble qu'on ne doive point chercher la fièvre puerpérale ailleurs que chez les femmes, puisqu'elles seules peuvent se trouver dans les conditions qu'on est convenu d'appeler état puerpéral, et cependant les enfants nouveau-nés et les fœtus sont aussi atteints de la fièvre puerpérale... Nous montrons qu'il n'existe aucune différence dans les symptômes, aucune dans les lésions anatomiques essentielles. Ce sera donc dans les conditions très-différentes de la mère et de l'enfant que consistera l'objection. Je demanderai si l'on est bien sûr que les conditions de la mère et du fœtus soient essentiellement différentes ? » (*Loc. cit.*)

Pour nous, nous ne voyons dans la menstruation, la gestation et la parturition, qu'une série de faits inséparables, qui tendent au même but, la reproduction de l'espèce. Pourquoi dès lors, sans toutefois méconnaître ce que chacune de ces phases d'une même fonction présente de particulier, ne pas admettre que leurs nombreux points de contact suffisent pour réunir ces états temporaires dans une même étude, celle de l'état puerpéral ?

La manière dont nous comprenons l'état puerpéral, dans son ensemble, nous paraît rationnelle, et nous l'appuyons sur l'analogie des troubles fonctionnels, des changements anatomiques, et des maladies qui se développent pendant toute sa durée ; c'est ce que nous allons essayer de prouver.

De la menstruation considérée comme la première phase de l'état puerpéral.

La menstruation, comme la grossesse et la parturition, a pour siége les organes génitaux internes : c'est avec elle qu'on voit commencer la congestion et l'hypertrophie de l'utérus, dont le surcroît de vitalité, une fois mis en jeu, ne fait qu'augmenter avec la gestation ; c'est pendant la menstruation que l'ovule est amené dans

l'utérus, où il se développera pendant la grossesse. Entre l'écoulement menstruel et l'accouchement, il existe plus d'un trait de ressemblance : ces deux actes ont pour résultat l'expulsion de l'œuf humain; tous deux s'accompagnent de douleurs utérines et d'écoulement sanguin ou lochial, qui peut, dans les deux cas, déterminer des tranchées utérines. L'expulsion de l'enfant est toujours suivi ede celle de la membrane muqueuse de l'utérus, qui porte le nom de *membrane caduque;* mais, pendant les règles, surtout quand elles sont difficiles, on observe quelquefois l'expulsion de la membrane muqueuse utérine : c'est ce que l'on a désigné sous le nom de *dysménorrhée membraneuse.* Le gonflement des seins et la sécrétion du lait, qu'on observe presque constamment chez une nouvelle accouchée, se montrent souvent aussi chez les femmes au moment de leurs règles.

La menstruation et l'écoulement menstruel semblent n'être qu'une miniature de la grossesse et de l'accouchement, puisqu'on y retrouve l'hypertrophie de l'utérus, les douleurs utérines, l'écoulement sanguin ou sanguinolent, l'expulsion de l'œuf, le gonflement des mamelles, et parfois même jusqu'à la production du lait.

Les époques menstruelles déterminent souvent des troubles fonctionnels dans le tube digestif et le système nerveux, et c'est aussi dans les mêmes appareils que pendant la grossesse on voit survenir les plus grands dérangements; nous n'en voulons pour preuve que les vomissements et les changements d'humeur, qui sont si fréquents dans l'un et l'autre cas.

Enfin nous avons vu la fièvre puerpérale se développer chez des femmes au moment de leurs règles; nous ne faisons ici que signaler ces observations, parce que nous y reviendrons plus loin.

Communauté d'action, identité dans les modifications anatomiques, analogie dans les fonctions, prédisposition aux mêmes maladies : tels sont les caractères qui nous ont fait comparer la menstruation à la grossesse et à la parturition, et qui nous ont permis de la rattacher à l'état puerpéral.

Je passe ici sous silence les considérations auxquelles peut donner

lieu la grossesse, qui semble réclamer l'attention par son importance; le temps qu'elle met à se développer, et les modifications qu'elle imprime à tout l'organisme; mais il n'entre pas dans mon but de faire l'histoire complète de l'état puerpéral, les faits que j'aurais à signaler sont connus de tout le monde, et j'ai hâte d'arriver à des recherches récentes, faites sur des fonctions et des tissus spéciaux, qui jusqu'ici n'ont été normalement observés que pendant la grossesse ou après l'accouchement, et dont la connaissance ne permet pas de limiter l'état puerpéral autrement que nous l'avons fait, puisque les mêmes caractères anatomiques et physiologiques peuvent être retrouvés soit pendant la gestation, soit après la parturition.

Des ostéophytes crâniens.

Il se développe pendant la grossesse, et on retrouve après l'accouchement, entre la table interne des os du crâne et la face externe de la dure-mère, une production nouvelle, d'abord fluide, qui s'épaissit peu à peu, s'ossifie, et donne plus d'épaisseur aux parois crâniennes, en formant des plaques composées, à l'état frais, d'un tissu spongieux, enfermé entre deux lames de tissu compacte. Dans un degré plus avancé, il n'existe plus de plaques isolées; leur réunion forme une véritable calotte osseuse surnuméraire, qui recouvre toute la dure-mère, et s'étend jusqu'au trou occipital, en s'amincissant progressivement.

«Sur 231 femmes mortes en couches, dont j'ai examiné la surface du crâne, 90 m'ont présenté l'ostéophyte, c'est-à-dire plus d'un tiers. Les recherches de M. Alexis Moreau, interne à la Maternité, lui ont donné une proportion encore plus forte : sur 40 crânes, il en a trouvé 27 qui avaient cet ostéophyte à différents degrés d'étendue... D'un autre côté, 71 crânes, dont 35 appartiennent à des hommes et 36 à des femmes mortes hors des couches, ont été examinés par M. Cossy, interne des hôpitaux, ou par moi : nous n'avons rencontré l'ostéophyte sur aucun de ces 71 crânes.

«..... A laquelle de ces trois conditions (grossesse, état de couches,

maladie pendant les couches) peut-on rapporter le développement de l'ostéophyte? Seize des femmes qui avaient cette exostose moururent entre trois et soixante-douze heures après l'accouchement: chez plusieurs d'entre elles, les plaques s'étendaient à toute la voûte et résistaient au tranchant du scalpel presque autant que l'os primitif. Il répugne d'admettre que d'aussi larges plaques ont pu se former et acquérir en deux ou trois jours une dureté presque égale à celle des os.

«Cette objection s'adressant à la fois à l'état des couches et aux maladies qui emportèrent ces femmes, des trois conditions qui s'étaient d'abord présentées, la grossesse est la seule à laquelle on puisse attribuer le développement de cet ostéophyte.» (Ducrest, Thèses de Paris, 1844, n° 12.)

Cette modification anatomique, qui naît sous l'influence de la grossesse, qui disparaît ensuite, nous a paru des plus curieuses: elle nous échappe, il est vrai, dans l'appréciation de ses causes et de son importance; mais son existence n'en reste pas moins confirmée pour montrer l'influence de l'état puerpéral pendant la gestation et après la délivrance. Cette production osseuse avait déjà été notée par le professeur Rokitanski, de Vienne, qui la regardait aussi comme dépendant de l'état de gestation et non d'un état pathologique.

De la glycosurie physiologique.

Une découverte non moins curieuse et autrement importante vient plaider, d'une façon plus probante encore, en faveur de l'opinion que nous défendons.

Le Dr H. Blot lisait, au mois d'octobre dernier, une note à l'Académie des sciences, dont nous extrayons les points principaux: «Jusqu'à présent, la présence du sucre dans l'urine a été considérée par les médecins comme le signe pathognomonique d'une des maladies les plus graves, c'est-à-dire du diabète. Les recherches nombreuses auxquelles je me suis livré m'ont fourni des résultats qui

dorénavant devront enlever à ce signe une partie de sa valeur diagnostique. En effet, il ressort nettement de ces recherches que le sucre existe non-seulement dans l'urine de toutes les femmes en couches, de toutes les nourrices, et d'un certain nombre de femmes enceintes...

«Disons maintenant dans quelles conditions se présente cette glycosurie physiologique. Chez toutes les femmes en couches (45 fois sur 45), c'est au moment de la sécrétion laiteuse que le sucre commence à exister dans l'urine en proportion suffisante pour être dosé. Chez beaucoup de femmes, il n'apparaît qu'à cette époque; chez quelques-unes, on en trouve auparavant, mais le plus souvent en quantité peu considérable. Si la sécrétion lactée se continue, le sucre continue de passer dans l'urine, avec des variations quotidiennes encore inexpliquées. Quand la sécrétion lactée est très-abondante, la proportion du sucre est, en général, grande; si elle est peu active, l'urine est peu sucrée. Aussi l'examen des urines peut-il servir, jusqu'à un certain point, à juger de la valeur d'une nourrice. Si la sécrétion laiteuse est diminuée ou tarie par une cause quelconque, et en particulier par le développement d'un état morbide plus ou moins grave, le sucre diminue ou disparaît complétement; si l'état morbide fait place à la santé, et que la sécrétion laiteuse se rétablisse, le sucre reparaît. Enfin les urines continuent à renfermer du sucre tant que la sécrétion laiteuse persiste; j'en ai trouvé des proportions très-notables (8 gr. sur 1,000 gr. d'urine) chez une nourrice qui allaitait depuis vingt-deux mois. Au contraire, leurs urines sont en général d'autant plus riches en sucre, que la santé est meilleure et se rapproche le plus possible de l'état normal ou physiologique.

« Chez les femmes enceintes, le sucre se rencontre dans la moitié des sujets observés. Je crois, sans qu'il me soit encore permis de l'affirmer d'une manière positive, que cette particularité se rencontre surtout quand les phénomènes sympathiques de la grossesse du côté des mamelles sont très-développés; elle manque, au contraire, quand les mamelles restent, pour ainsi dire, indifférentes à ce qui

se passe du côté de l'utérus. » (Extrait des *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, t. XLIII, séance du 6 octobre 1856.)

Sans aucun doute, c'est à l'auteur de ce mémoire que revient le mérite tout entier d'avoir décrit la glycosurie physiologique; cependant ce fait n'était pas resté inaperçu par tout le monde, et nous avons trouvé dans les leçons de M. Cl. Bernard, au Collége de France, le passage suivant : « Dans un cas, en examinant l'urine d'une femme qui avait présenté pendant l'accouchement des phénomènes d'éclampsie, et qui avait eu en même temps de l'albuminurie dans les urines, j'ai trouvé des proportions assez considérables de sucre, qui a paru être du sucre de lait, parce que ce sucre présentait tous les caractères du glucose, sauf la fermentation, qui fut excessivement lente. La présence de ce sucre de lait pouvait, jusqu'à un certain point, s'expliquer, parce que cette femme nouvellement accouchée, et n'allaitant pas son enfant, avait les mamelles distendues par le lait. C'est le seul cas de ce genre que j'aie eu l'occasion d'observer, et il serait intéressant de savoir si le sucre de lait, dans ces circonstances, se rencontre toujours ou souvent dans les urines. » (*Leçons de physiologie expérimentale faites au Collége de France*, p. 427; Paris, 1855.)

Pendant le cours même des expériences du Dr Blot, j'en avais appris le but et le résultat, et j'ai voulu les vérifier par moi-même. Je me suis servi conjointement, comme réactif chimique, de la liqueur de Bareswill et de la potasse caustique. J'ai trouvé du sucre dans les urines de presque toutes les femmes accouchées, de quelques nourrices et de quelques femmes enceintes, sans avoir pu me rendre compte des conditions qui faisaient que sa présence ne se rencontrait pas dans certains autres cas. Mais je crois que la glycosurie n'est pas avec la sécrétion laiteuse dans une corrélation aussi intime que le pense M. Blot; cette divergence d'opinion vient de ce que j'ai trouvé du sucre dans les urines de femmes enceintes dont les mamelles ne ontenaient pas de lait, et qu'ayant fait ces expériences pendant une épidémie de fièvre puerpérale, j'ai eu l'occasion de trouver de

la glycose en quantité considérable dans les urines de femmes malades, chez lesquelles la sécrétion laiteuse ne s'était pas opérée, et même quelques heures seulement avant la mort.

Quoi qu'il en soit, la glycosurie me paraît démontrer la connexion intime qui réunit la grossesse et la lactation, et les limites plus étendues dans lesquelles elle se manifeste la rendent plus importante que la production des ostéophytes du crâne, bien qu'elle ne soit due qu'à la manifestation d'un même état physiologique.

De l'état gras du foie pendant la grossesse.

Les faits qui témoignent de l'influence de l'état puerpéral sur l'organisme entier sont nombreux, et cependant on serait fort embarrassé de les trouver décrits ou groupés dans une dissertation faite sur ce sujet ; j'ai cru pouvoir combler une partie de cette lacune en ajoutant ici le résultat de recherches personnelles sur l'état gras du foie pendant la grossesse et les suites de couches.

Pendant mon internat à la Maison d'accouchements, dès la première ouverture de cadavre que je fis, mes investigations furent dirigées vers le foie, dont l'examen me montra constamment une hypertrophie de cet organe, avec quelques caractères anatomiques qui me parurent assez intéressants pour en faire le texte d'une lecture à la Société de biologie ; la description que j'en ai donnée me paraît exacte et assez complète pour que je puisse la rapporter ici sans aucun changement : « Dans le cours de cette année, j'ai observé à la Maternité de Paris deux épidémies de fièvre puerpérale, et constamment, dans les nombreuses autopsies que j'ai faites, j'ai trouvé une lésion du foie qui n'a pas encore été signalée dans cette maladie, et qui mérite cependant, je crois, d'attirer l'attention, et par ses caractères facilement appréciables, et par sa constance, et par les conséquences qu'on peut probablement en tirer.

« Toujours j'ai trouvé le foie augmenté de volume d'une manière notable, et ce fut là le premier fait qui attira mon attention vers cet organe ; le plus souvent, le tissu hépatique est ferme et se laisse

couper facilement en tranches parfaitement nettes. Si, après avoir raclé ou lavé la capsule de Glisson, de manière à enlever le liquide purulent qui masque l'aspect du foie, on examine attentivement cet organe, on voit alors au travers de sa membrane d'enveloppe, qu'il ne présente pas une couleur uniforme, mais que sa substance est parsemée de petites taches jaunes, extrêmement nombreuses, qui lui donnent un aspect granité. Ces petites taches jaunes, plus éclairées que le reste du tissu hépatique, semblent former autant de points saillants, d'un volume variant depuis celui d'une très-petite tête d'épingle jusqu'à celui d'un grain de millet.

« Ces taches sont tantôt régulièrement arrondies, et c'est là le cas le plus fréquent, et tantôt irrégulières à leur périphérie; elles sont séparées les unes des autres par des rigoles où la substance du foie présente une coloration rouge. Le plus souvent, au centre de chaque tache jaune, apparaît un point central, de même forme que la tache elle-même, mais s'en distinguant facilement par sa position concentrique et par sa couleur plus foncée et rougeâtre; d'autres fois il m'a été impossible d'apercevoir ce point central.

« Ainsi disséminées, ces taches jaunes forment une lésion pour ainsi dire discrète; mais souvent elles se réunissent, se touchent par leurs bords, et forment, par leur assemblage, des espèces de petits îlots agglomérés, dont le contour est très-irrégulier et dont le centre est jaunâtre; enfin, dans quelques points, l'agglomération est telle, qu'il en résulte une large plaque jaunâtre, de plusieurs centimètres de diamètre.

« De toutes ces variétés dans l'agglomération de ces taches, il résulte que les différentes parties du foie sont altérées à des degrés divers, et que quelques points peuvent même paraître parfaitement sains; mais ces points sont peu nombreux, tandis que presque toujours l'altération se montre en même temps sur le lobe droit, sur le lobe gauche, sur la face convexe et sur la face concave.

« Ce n'est pas seulement à la superficie que le foie présente cet aspect; on le retrouve à la surface de toutes les tranches qu'on coupe dans l'épaisseur de l'organe, et il persiste, quoique moins visible, à

la surface des déchirures ; seulement je dois dire que c'est surtout sous la capsule fibreuse qu'on trouve le plus fréquemment ces grandes plaques jaunâtres précédemment décrites, et qu'elles plongent de plusieurs millimètres dans l'épaisseur même du foie.

« En cherchant une comparaison qui puisse donner une idée de cette lésion, je n'ai pu que songer à ces peintures dans lesquelles, sur une première couche de couleur rouge, on projette, à l'aide d'un pinceau, des gouttelettes de peinture jaune, de manière à imiter grossièrement le granit.

« Dans quelques cas rares, le foie, au lieu d'être ferme, est ramolli ; son tissu se laisse facilement séparer de la capsule ; on y trouve toujours les mêmes taches jaunes, mais elles sont alors moins apparentes, un peu rougeâtres, elles se distinguent moins facilement du reste de l'organe, elles paraissent aussi plus étalées, et forment des lobules moins distincts. Cette différence d'aspect, qui ne correspond pas à une différence de structure à l'examen du microscope, me paraît souvent dépendre du degré de ramollissement ou de putréfaction du foie ; aussi je ne m'y arrêterai pas davantage.

« Constamment la vésicule biliaire est distendue par une bile de couleur brune ; les vaisseaux hépatiques ou sus-hépatiques ne m'ont présenté aucune altération.

« Les foies des femmes mortes de fièvre puerpérale graissent constamment le scalpel, et laissent sur le papier des taches de graisse ; il était donc probable que leur lésion tenait à une sorte d'état graisseux, c'est ce que démontre l'examen microscopique.

« Soit pendant la première épidémie, soit pendant celle qui vient de finir, j'ai examiné avec M. Vulpian, au microscope, le tissu du foie, et voici ce que nous avons remarqué : presque toujours les cellules hépatiques sont bien conservées, polyédriques ; on remarque dans leur intérieur un et souvent deux noyaux ; dans les foies les plus altérés, les cellules paraissent plus grandes qu'à l'état normal ; elles tendent aussi à passer de la forme polyédrique à la forme sphéroïdale.

« Lorsque l'examen est fait sur les bords de la préparation, on voit

que les cellules, outre leurs noyaux, contiennent des gouttelettes de graisse dont le nombre peut dépasser dix, et qui masquent souvent les noyaux; le plus souvent, une ou deux gouttelettes présentent un volume considérable, tandis que d'autres gouttelettes, plus petites, sont disséminées à l'entour. Lorsque c'est sur le milieu de la préparation qu'on fait porter son examen, les cellules hépatiques se voient difficilement; elles sont masquées par un amas considérable de gouttelettes graisseuses. Outre les éléments précédemment décrits, on aperçoit un nombre considérable de granulations moléculaires contenues dans les cellules; en dehors de ces cellules, on retrouve ces mêmes granulations et des gouttelettes de différentes dimensions.

«Dans quelques cas où la lésion est très-prononcée, l'enveloppe des cellules se brise facilement, et on ne voit guère que leurs débris; mais on aperçoit alors des gouttelettes graisseuses d'un volume considérable.

«Le nombre et le volume des gouttes de graisse sont surtout remarquables lorsqu'on a eu le soin de choisir la préparation dans un point où le foie présente une plaque jaunâtre.

«Pour ajouter quelques détails encore plus précis, je rapporte ici une note prise par M. Vulpian à la suite de l'un de nos examens microscopiques : «Un grand nombre de cellules semblent détruites; mais il en reste encore une assez grande quantité, reconnaissables à leur isolement, à leur forme, et à leur teinte sombre, due à une énorme accumulation de graisse dans leur intérieur. Cette graisse est sous forme de globules; mais certaines cellules, par la réfringence de leur bord, semblent complétement remplies d'huile; elles sont très-déformées; la forme des cellules hépatiques est en général d'autant plus altérée qu'elles contiennent plus de graisse. Quelques points de la préparation ne montrent plus qu'un très-petit nombre de cellules déformées, pleines de gouttelettes graisseuses, des débris de cellules, et une grande quantité de gouttelettes graisseuses libres.»

« Bien qu'à l'état normal le foie contienne de la graisse, lorsqu'on examine comparativement le foie d'un enfant ou d'un adulte mort de toute autre maladie, on ne peut douter un seul instant de l'augmentation en quantité considérable de la graisse dans le foie des femmes qui ont succombé à la fièvre puerpérale. Aussi, frappé de ce fait, j'en avais déjà fait le sujet d'une communication orale à la Société anatomique, dans le bulletin de laquelle on peut lire la note qui y est relative (*Bulletins de la Société anatomique*, mai 1856, p. 165).

« Il me paraît donc prouvé que, dans la fièvre puerpérale, le foie présente une altération graisseuse notable, et j'ai dû tout d'abord la rapporter à la nature de la maladie à laquelle succombaient les femmes. En admettant cette explication toute naturelle, je croyais retrouver la même altération dans le foie des nouveau-nés qui succombent à une sorte de péritonite puerpérale, mais jamais je n'ai pu constater l'aspect qui résulte de la présence de la graisse, et sur deux foies d'enfants morts dans ces conditions, l'examen microscopique nous a montré des cellules hépatiques très-nettes et très-peu chargées de graisse. On sait, d'autre part, que les foies gras ne se trouvent guère que chez des malades qui ont succombé lentement à une maladie chronique, et pourtant ici quelques femmes qui ont succombé rapidement, en moins de quarante-huit heures ont présenté un foie très-chargé de graisse. Sans vouloir rejeter l'explication de cet état anatomo-pathologique par la nature de la maladie puerpérale, j'ai cru que je devais chercher si je pourrais m'en rendre compte autrement.

« Depuis la découverte très-intéressante de la glycosurie physiologique, j'ai pensé que cet état du foie, au lieu d'être un état pathologique, pourrait bien n'être qu'un état anatomique transitoire, qu'on retrouverait chez toutes les femmes en état de gestation ou dans l'état puerpéral, et que peut-être il pourrait se lier à la glycosurie soit comme cause, soit comme effet.

« Dans la première hypothèse, la graisse déposée dans le foie y se-

rait transformée en sucre; mais je sais que la possibilité de ce fait est repoussée par M. Bernard, et, dans ses leçons faites au Collége de France, je n'ai trouvé que le passage suivant, qui viendrait en aide à cette explication : « Vous savez que les cellules du foie contiennent des gouttelettes de graisse à l'état normal. Par suite de la maladie qu'on communique aux canards et aux oies atteints de foie gras, ces gouttelettes deviennent d'une grosseur considérable, et finissent même quelquefois par remplir complétement les cellules hépatiques. Dans ces cellules si chargées de graisse, il semblerait que la production du sucre dût avoir diminué; cependant il n'en est pas ainsi, car, dans l'analyse que j'ai faite d'un foie de canard, j'ai trouvé dans le tissu du foie, sur 100 parties, 1,40 de sucre; le foie d'un canard ordinaire, sur 100 parties de matière hépatique, ne présentait que 1,27 de matière sucrée. »

« On peut se demander si le foie gras des femmes, dans l'état puerpéral, ne pourrait pas être assimilé aux foies gras des animaux, et, dans ce cas, il serait à supposer que le sucre serait en plus grande quantité qu'à l'état normal; la présence de la graisse y semblerait donc entraîner la formation du sucre. Mais de nombreux faits contradictoires viennent à l'encontre de cette manière de voir, et alors, dans la seconde hypothèse, l'état gras du foie, au lieu d'être la cause, ne serait que le résultat de la glycogénie. Le sucre, en grande abondance dans le torrent circulatoire, serait versé dans le foie par la veine porte et l'artère hépatique, et serait là, sur place, transformé en graisse.

« Laquelle de ces deux opinions serait la vraie? Je l'ignore complément : pour que l'une ou l'autre puisse avoir quelque valeur, il faudrait avoir préalablement démontré l'état graisseux du foie dans l'état physiologique, en rapport soit avec la gestation, soit avec la lactation ou l'état puerpéral; c'est ce que j'aurais voulu faire par des expériences sur des animaux ou des observations microscopiques dans l'espèce humaine, mais jusqu'ici il m'a été impossible de me procurer des femelles d'animaux à une époque convenable, ni de

faire d'autopsie cadavérique chez des femmes mortes dans les conditions qui puissent permettre d'élucider cette question.

« Enfin l'accumulation de la graisse dans le foie, qu'on l'explique soit par l'état physiologique de la grossesse, soit par la maladie puerpérale, pourrait ne dépendre que de la dyspnée et des troubles de la circulation abdominale; c'est ce que je me propose aussi de rechercher. » (Société de biologie, octobre 1856.)

La présence de la graisse dans le foie se rencontre dans un assez grand nombre de maladies, chez la plupart des phthisiques par exemple; mais, dans ces cas, nous ne l'avons jamais vue avec l'aspect que nous avons décrit chez les femmes nouvellement accouchées. Y a-t-il là quelque chose de spécial dans la manière dont elle se dépose ou se produit? C'est ce que nous ne saurions dire; toujours est-il que sa présence est facile à constater, surtout avec l'aide du microscope.

L'altération graisseuse du foie n'est donc pas difficile à reconnaître, et cependant je croyais être le premier à la signaler chez les nouvelles accouchées, quand tout récemment, en lisant un mémoire de Laennec sur la péritonite en général, j'ai trouvé, avec le plus grand intérêt, dans un renvoi placé au bas de la page, la note suivante, qui lui avait été suggérée par une observation de péritonite puerpérale :

« Le foie était d'un volume considérable; son parenchyme se déchirait très-facilement, graissait fortement le scalpel, et avait extérieurement et intérieurement une couleur d'un jaune pâle, mêlé de points blancs, ce qui lui donnait l'aspect de certains granits. Les moyens chimiques y démontraient la présence d'une très-grande quantité de graisse.

« Doublet rapporte qu'ayant examiné les cadavres de trois femmes mortes plus d'un mois après l'accouchement, il ne trouva que fort peu d'épanchement dans l'abdomen; mais, ajoute-t-il, le foie était tout injecté par la matière laiteuse, et formait une masse considérable, d'un blanc jaunâtre, assez ramollie pour pouvoir être

flexible comme de la pâte, ou laissait apercevoir, quand on coupait des segments de ce viscère, une injection blanchâtre. Cette description, fort ressemblante à celle que nous venons de donner, ne doit-elle pas faire présumer que si l'auteur avait soumis à l'analyse chimique ce foie qu'il croyait imbibé d'une matière laiteuse, il aurait aussi trouvé que c'était seulement un foie gras. » (Laennec, *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, vendémiaire an XI, t. V.)

Je ferai remarquer que, dans ce passage, la description de l'altération hépatique concorde parfaitement bien avec celle que j'en ai moi-même donnée; depuis Laennec, il est présumable que ce fait aura été signalé en passant par quelques auteurs, mais nous n'avons pu rien trouver qui s'y rapportât; il est remarquable au moins qu'il n'ait pas été plus attentivement étudié.

Nous avons examiné le foie de plus de 80 malades, et presque constamment nous avons trouvé l'altération graisseuse, puisqu'elle n'a manqué que dans 5 cas, sans que nous ayons su à quoi attribuer son absence, que nous n'avons pu expliquer ni par le temps éloigné de l'accouchement, puisque chez l'une de ces cinq femmes la mort survint rapidement, ni par l'action d'une maladie différente, puisque la plupart succombèrent à la fièvre puerpérale. Voici d'ailleurs le résumé des cinq faits, présentés dans l'ordre chronologique où nous les avons observés.

1er *fait.* Fièvre puerpérale; péritonite avec épanchement séro-purulent; phlébite utérine. Foie normal.

2e *fait.* Fièvre puerpérale; péritonite avec épanchement séro-purulent; plaques purulentes dans les plèvres. Foie normal.

3e *fait.* Fièvre puerpérale; péritonite avec épanchement séro-purulent. Foie normal.

4e *fait.* Albuminurie, anasarque; épanchement séreux dans les deux plèvres. Foie normal.

5e *fait.* Fièvre puerpéral; péritonite avec épanchement séro-purulent; phlébite utérine. Foie normal.

De ce qui précède, nous devons conclure que l'état graisseux du foie est fréquent, mais qu'il manque cependant dans quelques cas où les conditions semblent identiques, sans que nous en ayions pu trouver la raison.

L'état graisseux du foie dépend-il des lésions de la fièvre puerpérale? Nous l'avions d'abord pensé, comme on pourrait le voir par notre communication à la Société anatomique, et nous nous croyions d'autant mieux fondé dans cette opinion, que nous avions observé cette lésion chez une jeune fille morte de fièvre puerpérale, bien qu'elle n'eût jamais eu d'enfant. Mais nous avons abandonné cette explication, quand nous avons trouvé, sur les cinq faits où le foie ne présentait pas de traces de graisse, 4 cas où la mort avait été déterminée par la fièvre puerpérale, comme on peut s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur le résumé que nous en avons donné.

Dans presque toutes les autopsies que nous avons faites, nous avons trouvé du pus dans le péritoine; mais l'influence de ce liquide et de la péritonite sur la production de la graisse est nulle. Nous avons eu, en effet, l'occasion d'examiner le foie d'une femme qui succomba à une fièvre puerpérale bien caractérisée, et, bien que l'examen cadavérique n'ait pu faire trouver aucune lésion appréciable, nous avons constaté que le tissu hépatique contenait une grande quantité de graisse.

Nous avons, d'autre part, réuni quelques cas d'altération graisseuse du foie, en dehors de l'influence probable de la fièvre puerpérale et de la péritonite, et même dans un état complétement normal : chez deux femmes mortes de résorption purulente, l'une à la suite de phlébite utérine, l'autre à la suite de *phlegmatia alba dolens*, sans avoir présenté aucun symptôme ni aucune lésion qu'on pût rapporter à la fièvre puerpérale, qui d'ailleurs ne régnait pas épidémiquement à cette époque, nous avons néanmoins retrouvé l'état

gras du foie extrêmement développé. Le même fait s'est représenté pour une femme morte au sixième mois de sa grossesse, par suite d'hémorrhagie causée par l'implantation du placenta sur le col, et qui, après la délivrance, avait été prise d'accidents éclamptiques avec albuminurie. Enfin M. Blot, plus heureux que moi, dans ses recherches sur les animaux, montrait, au mois de novembre dernier, à la Société de biologie, un exemple de foie gras chez une lapine qu'il avait sacrifiée après qu'elle eût mis bas. Tous ces faits montrent surabondamment que la graisse se produit, dans ces circonstances, en dehors de la fièvre puerpérale.

L'état gras du foie est-il en rapport avec l'état puerpéral physiologique? C'est à cette dernière manière de voir que nous nous arrêtons, puisque nous avons trouvé cette modification anatomique chez des femmes qui succombaient à des affections très-diverses, fièvre puerpérale avec lésions, fièvre puerpérale sans lésions appréciables, phlébite utérine avec abcès métastatiques, *phlegmatia alba dolens*, suivie de résorption purulente, hémorrhagie et éclampsie, mais qui toutes étaient mortes dans un terme plus ou moins avancé de la grossesse ou après l'accouchement; puisque enfin cet état a été constaté chez une lapine sacrifiée pendant qu'elle portait ou après qu'elle eût mis bas.

L'opinion que nous émettons soulèvera sans doute plus d'une réflexion critique; nous avons déjà dit que l'état gras du foie n'était pas constant, nous ajouterons que chez une lapine et chez une femelle de cochon d'Inde; pendant la gestation chez l'une, et après la parturition chez l'autre, nous n'avons pas trouvé de graisse. Mais ces faits négatifs n'ôtent aucune valeur à ceux que nous avons indiqués, et ils prouvent seulement, une fois de plus, les difficultés qu'on rencontre dans de pareilles recherches.

Une objection plus sérieuse pourra nous être faite, parce que l'état graisseux se rencontre chez des femmes qui succombent à des accidents puerpéraux, mais longtemps après l'accouchement; nous en avons vu nous-même un exemple chez une femme morte un mois

après son accouchement, et pourtant le foie était plus chargé de graisse qu'aucun de ceux que nous ayons jamais examinés. Sous quelle influence l'état graisseux persiste-t-il et augmente-t-il même dans ces cas? Nous ne le savons pas; mais nous dirons qu'il avait dû naître sous l'impulsion de la grossesse, et que les femmes qui succombent dans ces circonstances restent encore soumises à l'influence de l'état puerpéral, qui persiste chez elles par suite du développement de la maladie.

Le foie est d'ailleurs, par son organisation et sa vascularisation, susceptible d'éprouver des transformations si rapides, qu'il devient difficile de les suivre, et qu'on doit, dans leur étude, trouver bien des lacunes.

Bien que la production de la graisse dans la glande hépatique se rencontre dans un grand nombre de maladies, nous avons constaté sa présence assez habituellement, dans les conditions que nous avons indiquées, et l'importance que nous y attachons nous a paru assez grande pour que nous nous trouvions suffisamment autorisé à dire que l'état gras du foie est un état physiologique chez la femme pendant l'état puerpéral. Nous ignorons, il est vrai, quel est le but de la formation de cette graisse; peut-être est-il en rapport avec la glycosurie, ainsi que nous l'avons supposé. Mais, comme nous n'aurions que des probabilités à émettre sur sa destination, nous aimons mieux rester dans le doute et attendre, du temps ou du hasard, la production de faits qui puissent servir à la consécration d'une opinion rigoureusement déduite.

Dans la série des faits que nous venons d'étudier, comme appartenant à l'état puerpéral, nous avons remarqué surtout la production des ostéophytes du crâne, la glycosurie, et l'état gras du foie; ces trois ordres de modifications transitoires témoignent de la puissance des forces plastiques développées par la conception, il en est de même du développement musculaire de l'utérus et de la formation du lait; et il est probable que, dans cette voie, de nouvelles recherches signaleraient des faits nouveaux. Nous avons surtout eu en vue, en

étudiant ceux que nous connaissons, de montrer que l'état puerpéral, qui imprime des changements si profonds dans l'organisme de la femme, commence avec la menstruation pour ne finir qu'avec la lactation, ou du moins longtemps après que l'écoulement lochial a cessé, puisque nous retrouvons ses manifestations, soit anatomiques, soit physiologiques, depuis l'oviduction jusqu'après l'accouchement.

La menstruation, la grossesse et la parturition, forment un faisceau autour duquel on peut voir se grouper les modifications de l'état puerpéral : l'évolution de l'œuf et l'hypertrophie de l'utérus unissent intimement les deux premières de ces fonctions, comme la production des ostéophytes crâniens, la glycosurie et l'état gras du foie, montrent la corrélation qui rattache la gestation à la parturition. A ces preuves de la liaison qui existe entre les différentes phases de l'acte de la génération, on pourrait joindre un assez grand nombre d'autres faits; mais nous n'avons pas voulu dépasser les bornes de ceux que nous avions étudiés.

Nous n'avons pas assigné de limites précises à la durée de l'état puerpéral, parce qu'elle doit varier avec chaque sujet, avec l'état de santé ou de maladie. La première réapparition des règles, le retour des couches, comme on l'appelle, ne serait qu'une mauvaise limite; car tantôt l'écoulement menstruel se montre peu de temps après l'accouchement et pendant que les femmes allaitent, et tantôt il ne survient que longtemps après, et son apparition n'est que l'avertissement tardif que toute influence de l'état puerpéral a cessé.

CHAPITRE II.

ÉTUDE SUR LES MALADIES DES FEMMES EN COUCHES.

Lorsqu'on connaît l'influence de l'état puerpéral sur l'organisme pendant la santé, il devient évident que cette influence se continue quand survient une maladie; pour en choisir un exemple des plus connus, je citerai la phthisie pulmonaire, dont la marche s'accélère quelquefois sous l'influence de la grossesse, se ralentit le plus souvent, se suspend même, sauf à présenter des progrès extrêmement rapides après l'accouchement.

Ces notions sont si bien établies que toutes les maladies qui naissent pendant l'état puerpéral ont reçu le nom de maladies puerpérales; elles se font remarquer par une marche plus lente, une gravité plus grande, une tendance marquée à déterminer de la suppuration; nées sous l'influence de la puerpéralité ou dirigées par elle, leurs différentes phases ne se développent et ne se terminent souvent qu'avec l'état puerpéral. La maladie n'est pas en effet un être à part qui frappe sur le corps humain; c'est le résultat apparent des troubles survenus dans tel ou tel appareil, dans telle ou telle fonction, ou dans l'harmonie qui doit exister entre les différentes parties organisées; que celles-ci changent de nature, et les caractères morbides changeront eux-mêmes de physionomie; les maladies puerpérales nous montrent leurs effets au milieu d'un organisme transformé pour ainsi dire par un état transitoire, il n'est donc pas étonnant qu'elles présentent des signes particuliers.

Cependant, au milieu des nombreuses affections morbides qui peuvent attaquer une femme enceinte ou nouvellement accouchée, on en voit un grand nombre qui paraissent échapper, soit par leur siége, soit par leur nature, à l'influence de la puerpéralité, dont l'action paraît nulle ou si peu marquée, que ce serait un tort de les

caractériser par le mot de *maladies puerpérales*. Nous réservons ce nom aux affections dont les causes procèdent de l'état puerpéral lui-même par l'exagération de ses conditions physiologiques, qui tiennent de lui leurs caractères, ou qui sont tellement modifiées par son influence, qu'on doit leur consacrer une description spéciale.

Quelle que soit la manière dont on envisage ces maladies, on ne tarde pas à s'apercevoir que parmi elles, les unes sont peu graves et n'amènent jamais ou presque jamais la mort, tels sont, par exemple, les abcès du sein, tandis que les autres finissent presque toujours au contraire par une terminaison fâcheuse ; dès lors un intérêt immense s'attache à leur connaissance, aussi ce sera exclusivement de ces dernières que nous nous occuperons.

Les maladies puerpérales graves sont nombreuses : l'albuminurie, l'éclampsie, la manie puerpérale, la *phlegmatia alba dolens*, les phlegmons, amènent souvent la mort ; mais leur description les sépare si nettement les unes des autres, que nous nous contenterons de les énumérer, pour ne considérer que la métrite, la métro-ovarite, la péritonite, la phlébite utérine, la lymphangite utérine, et la fièvre puerpérale, dont l'histoire est beaucoup moins nettement établie.

Chaque fois, en effet, qu'une femme succombe à l'une de ces affections, c'est presque indistinctement que non-seulement dans le monde, mais encore dans le monde médical, la maladie mortelle est désignée sous le nom de péritonite puerpérale ou de fièvre puerpérale ; et c'est avec la même indifférence que parfois seulement on entend prononcer le mot de phlébite ou de lymphangite utérine. Que d'écarts dans le diagnostic et dans le traitement une semblable confusion n'a-t-elle pas engendrés !

La difficulté du diagnostic expliquerait suffisamment l'erreur ; mais, après avoir lu le plus grand nombre des travaux écrits sur cette matière, nous avons vu aussi que presque tous les médecins d'une même époque, obéissant aux mêmes doctrines, imbus des mêmes systèmes, adoptaient une même opinion, légèrement modifiée par la tournure d'esprit de chaque observateur.

Tout fut rapporté d'abord à la rétention des lochies, à l'altération des humeurs, à la putridité, à la métastase laiteuse; ce ne fut guère qu'au commencement de ce siècle que des travaux nombreux vinrent tout expliquer par l'inflammation et l'altération locale des organes. Les maladies puerpérales ne furent plus que des maladies inflammatoires, et nous devons à ces recherches un grand nombre de monographies excellentes ; la fièvre puerpérale fut presque oubliée jusqu'à ce qu'une méthode médicale mieux entendue eût rendu la liberté aux recherches faites plus récemment.

Au milieu d'un tel mélange d'opinions, il devient souvent difficile de profiter des efforts antérieurs; pour nous, en comparant ce que nous avons lu avec ce que nous avons observé, nous sommes persuadé que les maladies puerpérales sont multiples, mais que de toutes, la plus fréquente est celle qu'on a désignée sous le nom de fièvre puerpérale, et que c'est dans son étude qu'on doit englober la plupart des états morbides qu'on a regardés souvent comme distincts.

Les maladies locales inflammatoires qu'on a tour à tour confondues ou différenciées d'avec la fièvre puerpérale sont la péritonite, la métrite, la métro-ovarite, la phlébite et la lymphangite utérines. Il n'y a nul doute que toutes ces maladies ne puissent se développer indépendamment d'une influence générale; mais nous pensons que le plus souvent elles ne sont que des altérations consécutives, nous ne leur accordons même pas le rôle d'une greffe, nous ne les considérons que comme l'une des manifestations de la fièvre puerpérale. Tantôt elles manquent toutes, tantôt leur développement est incomplet: chez telle malade, c'est une inflammation du bas-ventre qu'on observe; chez telle autre, c'est une pleurésie; ici le péritoine et les plèvres sont sains, tandis que les veines de l'utérus sont gorgées de pus; là on ne retrouve le liquide purulent que dans quelques lymphatiques. Une telle mobilité dans le siége, une absence quelquefois totale, ne nous permettent pas d'accorder une valeur primordiale à ces altérations et nous conduisent à ne les considérer

que comme des manifestations possibles de la fièvre puerpérale, dont la nature, le siége, l'étendue, dépendront ou de l'idiosyncrasie de la malade ou du génie épidémique. Dans le plan primitif que nous avions donné à ce travail, nous avions rasssemblé la preuve de l'existence individuelle de ces phlegmasies; mais nous avons été forcé, par son étendue même, de le restreindre dans des limites plus étroites, et nous n'étudierons les altérations phlegmasiques locales que dans les relations qu'elles ont avec la fièvre puerpérale, sur laquelle nous appellerons l'attention en essayant d'en apprécier la nature.

De la péritonite puerpérale.

Depuis les travaux de Delaroche, Pinel, Bichat, Laennec, Gasc, la péritonite a été regardée comme une cause extrêmement fréquente de la mort chez les nouvelles accouchées; ce sont, en effet, ses lésions que l'on rencontre le plus souvent à l'ouverture des cadavres. Il est certain que la péritonite existe fréquemment, mais nous la croyons presque toujours secondaire, et c'est progressivement qu'on peut suivre son apparition. Dans certains cas, les femmes meurent, et l'autopsie ne révèle aucune lésion; d'autres fois, on trouve du pus dans les veines, dans les lymphatiques, dans les plèvres, et le péritoine est sain; quand il présente lui-même une lésion, c'est à peine si quelquefois on trouve une petite quantité de sérosité louche dans sa cavité; les malades ont succombé, mais la péritonite n'a pas eu le temps de se développer, la mort est venue l'arrêter au milieu de son invasion. A un degré plus avancé, la sérosité péritonéale est plus abondante, puis elle devient purulente; plus tard on trouve de l'injection de la séreuse, la quantité du liquide épanché augmente, sa couleur devient plus tranchée; on voit apparaître des flocons de plus en plus volumineux, qui nagent dans le liquide; enfin on trouve toutes les traces d'une péritonite bien développée.

Ces altérations progressives ne sont-elles pas une preuve que l'inflammation du péritoine n'est qu'une lésion qui tient à une cause plus puissante, puisque tantôt elle manque complétement, et tantôt elle est si peu développée qu'il faut la rechercher avec soin pour constater son existence?

M. Baudelocque (*Traité de la péritonite puerpérale;* Paris, 1830) a soutenu la même opinion que nous; bien souvent nous l'avons cependant vu mettre au nombre des partisans des maladies locales. Ces citations ont été faites assurément sur le titre seul de l'ouvrage où l'auteur défend au contraire l'existence de la fièvre puerpérale. Nous avons cru devoir relever cette erreur, parce qu'une fois produite elle menace de se perpétuer.

Dans l'histoire de la péritonite, nous n'aurions rien de nouveau à signaler; nous passons donc outre, en rapportant seulement un fait dans lequel le frottement péritonéal a causé une curieuse erreur de diagnostic. Chez une femme qui présentait depuis longtemps des phénomènes assez complexes, on entendait et on sentait, au niveau des sixième et septième côtes droites, un frottement des plus manifestes, qui coïncidait avec une matité étendue. Nous n'avions pas hésité à l'expliquer par la présence d'un épanchement pleurétique, quand, à l'autopsie, notre étonnement fut grand de ne trouver aucune trace de pleurésie; mais notre erreur nous fut expliquée par le volume du foie et par les fausses membranes qui unissaient sa face convexe au diaphragme. Plus tard le même fait se représenta; mais nous étions prévenu, et cette fois le diagnostic fut vérifié par l'autopsie, qui fit voir des lésions analogues à celles du fait précédent.

De la métrite et de la métro-ovarite puerpérales.

La métrite et la métro-ovarite puerpérales sont fréquentes; un grand nombre de femmes sont prises, après l'accouchement, de symptômes inflammatoires de nature franche, précédés d'un frisson et

s'accompagnant de douleurs vives, limitées à la région sus-pubienne quand il y a métrite, s'étendant aux régions latérales quand il y a métro-ovarite. Ces accidents sont habituellement faciles à arrêter par l'emploi des émissions sanguines locales et générales; aussi, si la maladie est enrayée de bonne heure, la guérison s'obtient promptement, et c'est sans aucun doute à des faits pareils qu'il faut rattacher la plupart des fièvres puerpérales guéries par tel ou tel traitement. Le médecin se laisse aller volontiers à cette croyance, et pourtant il n'a eu à combattre qu'une métrite ou une métro-ovarite. Dans toutes nos observations, nous avons en effet remarqué que, lorsque la douleur reste limitée à l'hypogastre, la maladie est moins grave, et peut se terminer favorablement dans la majorité des cas, et que, lorsqu'elle s'étend au contraire dans l'abdomen et gagne surtout les hypochondres, le pronostic à porter doit être des plus graves. M. Beau, dans ses leçons cliniques, a attaché une grande importance à ce fait; car il divise, relativement au pronostic, la péritonite puerpérale en sous-ombilicale, susceptible de guérison, et en sus-ombilicale, presque toujours mortelle. On trouve dans Hippocrate la même observation. «Après les couches ou prématurées ou à terme, la suppression des lochies, qui coulaient abondamment, est mauvaise; les frissons et les troubles des entrailles sont terribles, surtout s'il y a douleur aux hypochondres» (Hippocrate, *Coaques,* chap. 3). L'explication nous semble facile; quand la douleur reste limitée à la région hypogastrique, elle indique une inflammation circonscrite le plus souvent dans l'utérus et ses annexes; quand au contraire elle s'étend aux hypochondres, elle indique une péritonite générale des plus graves, car presque toujours elle naît sous l'influence de la fièvre puerpérale. De là la différence dans le pronostic.

Il est une forme de la métrite, *putrescentia uteri* de Boër, décrite surtout par M. Luroth, en Allemagne, et par M. Danyau, en France (thèse; Paris, 1829), qui est plus grave que celle que nous venons d'indiquer, et qui fait rapidement succomber les malades. A l'au-

topsie, on trouve la face interne de l'utérus presque toujours ramollie, grisâtre, d'une odeur très-fétide, baignée dans de la sanie ichoreuse. Cette forme de métrite a été désignée sous le nom de *métrite gangréneuse;* elle peut tuer rapidement les malades. C'est ainsi que M. Danyau, dans la première observation qu'il rapporte, a vu la mort survenir quatorze heures après l'accouchement; à l'autopsie il ne trouva, pour toute lésion, qu'une couche putrescente à la face interne de l'utérus, qui était elle-même ramollie.

Les symptômes observés sont ceux de la fièvre puerpérale, et il est difficile de poser un diagnostic différentiel.

La métrite gangréneuse est fréquente, et nous en avons maintes fois retrouvé les signes à l'autopsie; mais, comme M. Tonnellé, nous les avons toujours vus en même temps que d'autres altérations que nous rapportons à la fièvre puerpérale, altérations multiples, qui persistent alors que la face interne de l'utérus est parfaitement intacte, ainsi que nous l'avons observé et qu'on en trouve des exemples dans les travaux de MM. Voillemier, Moreau, Bidault et Arnoult. La putrescence de l'utérus nous a d'ailleurs souvent paru n'être qu'un effet cadavérique. Pour toutes ces raisons, l'importance de la métrite s'efface et ne devient que secondaire.

La métrite et la métro-ovarite, sous quelque forme qu'elles se montrent, peuvent déterminer la mort; mais le plus souvent on en obtient la guérison. Il est vrai que les lésions qui prouvent leur existence pendant la vie se retrouvent sur un grand nombre de cadavres; mais, en même temps qu'elles, on constate aussi les traces d'une péritonite, d'une pleurésie, d'une phlébite ou d'une lymphangite, presque toujours de la diffluence du sang, et toutes ces lésions locales sont si peu liées les unes aux autres, qu'il faut remonter, pour les expliquer, à l'action d'une cause générale.

De la phlébite utérine.

Après la péritonite, la lésion qu'on rencontre le plus souvent

est la phlébite utérine ; elle a été étudiée avec soin depuis que Dance publia sur ce sujet un remarquable mémoire. Après avoir démontré le siége réel des traînées purulentes par des injections poussées dans les sinus utérins, cet auteur a prouvé par des observations que la phlébite utérine pouvait amener la mort, lorsqu'elle était suivie de résorption purulente avec abcès métastatiques, et que dans ces cas, elle ne différait que par le siége des phlébites traumatiques.

Nous étions si imbu de ces idées, que pendant quelque temps nous avions cru que la fièvre puerpérale n'était qu'une résorption purulente; nous n'avons changé d'avis que devant les faits que nous avons observés à la Maternité. Pendant la première épidémie, dans toutes les autopsies, nous trouvâmes de la péritonite, et une seule fois, nous vîmes manquer la phlébite. L'une et l'autre ne sont pourtant que des effets de la fièvre puerpérale, qui ne change nullement de caractères quand la phlébite et la péritonite n'existent pas : c'est ce que nous avons eu maintes fois l'occasion de constater dans des recherches postérieures. Quand la phlébite existe indépendamment du typhus puerpéral, elle s'en distingue par une marche plus lente, des frissons plus souvent répétés, une teinte jaune particulière de la face. Les symptômes des deux affections n'ont qu'une grossière ressemblance entre eux; mais on hésite quelquefois lorsque le typhus puerpéral n'est pas tranché, comme dans une grande épidémie, ou lorsqu'il s'y manifeste des phlegmons qui peuvent être confondus avec des abcès métastatiques.

A la suite d'une phlébite utérine franche, quand les malades ont succombé, le péritoine toujours, et la plèvre presque toujours, restent sains; des abcès métastatiques occupent divers organes : nous en avons trouvé dans le poumon, le foie, la rate, la veine cave, et jusque dans la cavité oculaire, fait rare qu'on trouve signalé cependant dans le *Compendium de chirurgie*. Une autre fois, un abcès métastatique se développa dans l'œil; la malade devint borgne, mais guérit.

La phlébite utérine, indépendamment de toute autre maladie, peut à elle seule causer la mort des nouvelles accouchées; mais le plus souvent, comme la péritonite, elle n'est qu'un épiphénomène. Son action spéciale ne nous a paru démontrée que lorsqu'il existe des abcès métastatiques, et relativement à la fréquence de la phlébite, leur existence est exceptionnelle. Pour amoindrir et ramener à sa juste valeur l'importance qu'on serait tenté d'attacher à la phlébite utérine, il suffit de rappeler que, dans un grand nombre d'autopsies, ce ne sont pas ses lésions qu'on rencontre, et que d'autres fois on ne trouve même aucune altération appréciable.

De la lymphangite utérine.

Après la phlébite, on devait nécessairement rechercher l'angioleucite, et c'est à son étude que MM. Tonnellé, Botrel, Duplay, Nonat, ont consacré chacun un mémoire. La lymphangite est beaucoup plus rare que la phlébite, et M. Botrel paraît les avoir souvent confondues ensemble, en rapportant à la première les altérations de la seconde. C'est dans des cas exceptionnels seulement que l'angioleucite se produit indépendamment d'autres lésions; le plus souvent, elle est comme perdue au milieu d'altérations plus importantes. Nous reprocherons encore à M. Botrel d'avoir pensé que la lymphangite pouvait, aussi bien que la phlébite, déterminer la résorption purulente et des abcès métastatiques. Il a pu, il est vrai, suivre une fois du pus jusque dans le réservoir de Pecquet; mais c'est là un fait tout exceptionnel. Dans les autopsies que nous avons faites, nous n'avons trouvé que rarement de l'angioleucite, et, une seule fois nous avons pu suivre le pus jusque dans les ganglions lombaires. C'est exagérer outre mesure le rôle de l'angioleucite, que de vouloir, comme M. Botrel, lui attribuer le rôle principal dans la fièvre puerpérale.

La lymphangite, dans les maladies des femmes en couches, est

moins importante que la phlébite, et toutes deux, soit isolément, soit conjointement, soit réunies à la péritonite et à la métro-ovarite, ne nous ont semblé le plus souvent que des signes différents d'une même maladie générale, qui varient suivant l'idiosyncrasie de chaque malade ou suivant le génie épidémique.

De la fièvre puerpérale.

Nous ne sommes plus au temps où par fièvre on entendait une entité morbide sans altération anatomique ; la fièvre n'est plus qu'un symptôme, et si cette dénomination est encore conservée pour désigner certains états fébriles, c'est que les lésions qu'on peut trouver après la mort sont peu considérables, et que les désordres sont liés d'une manière inconnue à la maladie principale.

L'inflammation du péritoine, de l'utérus et de ses annexes, des veines et des lymphatiques, n'explique qu'en partie et très-incomplétement la mortalité des nouvelles accouchées ; elles succombent la plupart à la fièvre puerpérale, qui se manifeste lorsque certaines circonstances engendrent le ferment morbide capable de la produire, ou lorsque le poison est absorbé en nature.

Les symptômes, la marche et quelquefois l'absence de lésions, tout dans cette maladie indique un empoisonnement : le plus souvent, les malades présentent d'abord un état saburral plus ou moins marqué, qui disparaît quelquefois par l'administration des évacuants ; en temps d'épidémie, c'est à peine si quelques accouchées sont exemptes, dans l'hôpital où sévit la maladie, d'embarras des premières voies. Les choses ne se passeraient pas autrement dans l'empoisonnement des amphithéâtres d'anatomie. Que les malades présentent une disposition favorable, non plus à l'élimination, mais au développement du poison, et la fièvre puerpérale éclate : un frisson initial, suivi d'une fièvre intense, quelques douleurs locales, souvent mal limitées, un malaise général, de l'anxiété, de la cépha-

lalgie, des vomissements, de la diarrhée, une gêne considérable de la respiration, le pouls à 120 ou 140 et plus, faible, dépressible, de la cyanose, une grande altération du facies, le nez effilé, du refroidissement des extrémités : tel est habituellement le cortége des symptômes les plus frappants dans une fièvre puerpérale grave; souvent, si la fièvre ne rendait pas l'erreur impossible, on se croirait au milieu d'une épidémie de choléra. Sans doute le génie épidémique peut imprimer une autre marche et modifier quelques caractères, mais l'ensemble du tableau reste le même, et nous l'avons décrit comme nous l'avons vu.

L'hématose ne se fait qu'incomplétement; et pourtant l'auscultation, la percussion, et les examens cadavériques eux-mêmes, ne font découvrir rien d'anormal dans les poumons ou dans le cœur. Les organes de la respiration et de la circulation sont sains, et les troubles qu'ils présentent dans leurs fonctions doivent être recherchés dans le sang lui-même. Ce liquide peut être altéré à des degrés bien divers; mais ces altérations sont si difficiles à apprécier, que les efforts des pathologistes modernes, dirigés vers cette étude, n'ont abouti qu'à un résultat incomplet, et la description de modifications du sang dans la fièvre puerpérale, comme dans les autres maladies, n'a été qu'ébauchée, malgré son importance.

Chez presque toutes les nouvelles accouchées qui succombent à la fièvre puerpérale, le sang se coagule mal ou même il reste complétement liquide, il ressemble à de la gelée de groseilles mal cuite; sa consistance est huileuse, sa couleur d'un rouge violacé, et la substance colorante imbibe par place les parois des veines. C'est par exception qu'on trouve çà et là quelques caillots peu denses, quelquefois même les recherches les mieux faites n'en montrent nulle part. Dans un assez grand nombre de cas, il est vrai, le cœur, l'oreillette droite principalement, contient un caillot assez volumineux et souvent presque exclusivement formé de matière fibrineuse. M. Beau insistait sur ce fait, comme indiquant le caractère inflammatoire de la maladie. Quand nous avons trouvé cette lésion, nous

ne lui avons attaché qu'une signification moins grande, en nous rappelant que normalement, chez les femmes au terme de la grossesse, la fibrine augmente de quantité, et il nous a semblé que la formation de caillots pouvait tenir, en grande partie, à la lenteur de l'agonie et à l'asphyxie, qui ne s'établit que progressivement, comme dans un cas de croup pour ainsi dire.

D'après ces caractères faciles à saisir, l'altération du sang ne saurait être mise en doute; mais en quoi consiste-t-elle? C'est ce qu'il est impossible de dire. Une seule fois, j'ai pu faire examiner au microscope du sang recueilli sur une malade, et il ne présentait rien d'anormal. Des recherches ultérieures y feront peut-être saisir des modifications importantes; mais peut-être aussi ces lésions ne consistent-elles qu'en un simple changement moléculaire, ou dans la présence d'un poison qui échappe aux instruments grossissants et aux réactifs chimiques.

Les différentes recherches anatomo-pathologiques, quoique insuffisantes, ont du moins le mérite de montrer qu'à la suite de la fièvre puerpérale, il est quelquefois impossible de trouver une lésion bien appréciable et locale. Ce fait nous paraît capital, et nous donnons ici deux observations où il a été impossible de saisir aucune altération dans les organes; nous devons ces deux observations à l'amitié de notre collègue et excellent camarade, M. Moysant, interne des hôpitaux.

OBSERVATION Ire.

Fièvre puerpérale chez une primipare, mort sept jours après l'accouchement; aucune lésion locale.

La nommée M... (Eugénie), âgée de 32 ans, journalière, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Ferdinand, n° 9, le 12 janvier 1857. Cette femme est d'une forte constitution et d'une bonne santé habituelle; depuis l'âge de 18 ans, elle a été réglée régulièrement. Elle a eu ses règles, pour la dernière fois, au mois de mars dernier.

Au moment de son entrée à l'hôpital, les douleurs pour accoucher durent depuis douze heures; le col de l'utérus est complétement effacé, et la dilatation de l'orifice large comme une pièce de 1 franc. On constate une présentation du sommet; les battements du cœur fœtal s'entendent en bas et à gauche. Les douleurs sont très-vives; la femme se plaint beaucoup, elle a peu d'énergie. L'accouchement se termine le 13, sans accident autre qu'une petite déchirure au périnée. L'enfant est parfaitement conformé.

Le 14. Pas de fièvre, chaleur normale de la peau, sensibilité médiocre à l'hypogastre; utérus bien revenu sur lui-même. L'enfant a commencé à prendre le sein. On recommande à la mère de maintenir les cuisses rapprochées, afin de faciliter la cicatrisation de la déchirure. — Prescription : tilleul sucré; 2 bouillons.

Le soir, sensibilité un peu plus marquée à l'hypogastre. — 12 sangsues.

Le 15. Un peu plus de fièvre; les seins restent mous et flasques, les lochies sont peu abondantes et fétides; il y a un petit point gangréneux sur l'une des deux lèvres de la petite déchirure. Les sangsues appliquées hier soir ont bien saigné. — Gomme sucrée, 2 pots; décoction de quinquina pour laver la plaie; cataplasme sur le ventre.

Le 16. La malade ne va pas bien; yeux hagards, air stupéfait, figure altérée; frisson qui a duré une heure; tremblottement des lèvres et de la langue, surtout pendant l'articulation des mots; enduit saburral de la langue; lochies fétides. Un peu de délire et d'insomnie ce matin. Pendant la visite, réponses brèves, quoique justes. — Ipéca, 1 gr. 50; gomme sucrée, 2 pots; décoction de quinquina; cataplasmes; 2 bouillons.

Le 17. Pouls à 125, dépressible. La malade a peu vomi hier. Les symptômes sont plus marqués aujourd'hui; agitation, délire; tendance à la sécheresse des lèvres; pas de frisson; sensibilité un peu plus vive de l'hypogastre; l'eschare se détache. Pas de garde-robe. — Même prescription.

Le 18. La maladie fait des progrès; pouls à 134, petit, serré; abattement et prostration très-prononcés; délire continu; un vomissement dans la journée d'hier; facies altéré, nez effilé. On suspend l'allaitement. — Tisane de mauve, décoction de quinquina; cataplasme, lavement laudanisé.

Le 19. Même état; sensibilité plus vive du ventre; pas de frisson. — Limonade tartrique; 15 sangsues à l'hypogastre; cataplasme, lavement.

Le 20. Le délire continue. Trois à quatre selles diarrhéiques; les phénomènes d'adynamie sont plus prononcés; la face est profondément altérée, les yeux hagards, la langue et les lèvres sèches et un peu fuligineuses. Soif très-vive. Pas de frisson.

Le 21. L'état de la malade est des plus graves. Fièvre très-vive; pouls incalculable, petit, serré; tous les phénomènes de l'adynamie sont à leur summum d'intensité. Évacuations involontaires. Pas de frisson. — Limonade tartrique; potion avec extrait de quinquina; lavement avec miel de mercuriale, 50 gr.; onguent napolitain en onctions sur le ventre.

Le 22, au moment de la visite, la malade est mourante.

Mort à deux heures du soir.

Autopsie faite le 24. — Le ventre est légèrement tuméfié; cette augmentation de volume ne s'est manifestée que dans les dernières heures de la vie, car, pendant tout le cours de la maladie, il a eu le volume ordinaire à cette époque de l'accouchement.

Les poumons, le cœur, le foie, la rate, les reins, l'utérus, ont été coupés par morceaux et par tranches dans tous les sens. Cette minutieuse investigation ne nous a révélé aucune lésion appréciable, sinon une fluidité plus grande du sang, et l'absence de caillots dans la cavité du cœur. Nous n'avons pas rencontré une seule gouttelette de pus dans les veines de l'utérus ou dans celles du bassin, dans la veine cave et la veine porte. Avant de détacher les viscères abdominaux, nous n'avons vu aucune de ces traînées blanchâtres qui existent sous le péritoine, quand il y a de la lymphangite. Nos recherches dans le cerveau ont été négatives, comme dans les autres viscères; tube intestinal parfaitement sain.

Le volume de l'utérus était celui d'une femme accouchée depuis douze à quinze jours; sa face interne offrait cet enduit grisâtre et épais qui s'observe ordinairement à cette époque de l'état puerpéral.

Nous n'avons encore là aucune lésion à laquelle on puisse rattacher la terminaison par la mort, et qui puisse satisfaire l'organicisme.

OBSERVATION II.

Fièvre puerpérale chez une primipare; mort dix jours après l'accouchement; aucune lésion appréciable à l'autopsie.

La nommée C... (Céline), âgée de 22 ans, couturière, est entrée, le 8 janvier 1857, à l'hôpital Saint-Louis. Constitution bonne, santé excellente, menstruation régulière depuis l'âge de 13 ans. Accouchée le 10 janvier.

Le 11. Bon état; pas de douleurs de ventre, si ce n'est quelques tranchées utérines. A midi, frisson intense qui dure une heure; en même temps, douleur vive dans le ventre et dans les deux fosses iliaque. — Tilleul sp., 2 pots; cataplasme abdominal; un bouillon.

Le 12. Fièvre vive; la douleur dans les fosses iliaques augmente à la pression et lorsque la malade tousse ou fait un mouvement dans son lit; langue un peu chargée; céphalalgie; peau chaude. Pas de garde-robes depuis plusieurs jours. — Lavement avec 50 gr. de miel de mercuriale, 15 sangsues sur le bas-ventre.

Le 13. Pouls à 130, peu serré; douleur dans la fosse iliaque droite; un peu de prostration; pas de garde-robe. — Lavement *ut supra*; frictions sur le bas-ventre avec onguent napolitain, 30 gr.

Le 14. Un peu d'amélioration; moins de fièvre. Une éruption érythémateuse s'est développée sur toutes les parties qui ont été le siége de frictions mercurielles; du reste, la malade souffre peu. Les lochies ont diminué depuis deux jours, mais elles ne sont pas complétement supprimées. — Tilleul sp., 2 pots; cataplasme; bouillon et potage.

Le 15. Cette malade va moins bien qu'hier; délire et agitation pendant la nuit; démangeaison vive sur le ventre; l'éruption a presque gagné tout le tronc et le haut des cuisses; pas de vomissement; une selle; figure un peu altérée. Cette femme est évidemment sous l'influence d'un état morbide général. Pouls très-accéléré et concentré; suppression complète des lochies; pas de douleur dans le ventre. — Traitement *ut supra*.

Le 16. La rougeur érythémateuse a encore fait des progrès; elle ressemble à une éruption scarlatineuse. Démangeaison; légère amélioration dans l'état général; pouls à 110, toujours serré; délire et agitation pendant la nuit; respiration peu accélérée; rien du côté du tube digestif. — Même prescription.

Le 17. Même état qu'hier; décomposition des traits plus marquée; nous trouvons trois bulles sur le ventre; un peu de tremblement des membres et des lèvres. — Mauve sp., 2 pots; julep, 30 grammes de sirop diacode; 2 bouillons.

Le 18. La maladie fait des progrès; figure profondément altérée, nez effilé; stupeur et prostration; délire calme, mais continuel; tremblement des lèvres et des membres; hallucinations de la vue; carphologie, tendance à la sécheresse des lèvres et de la langue; soif vive. L'érythème mercuriel n'a subi aucune modification; pas de troubles des fonctions digestives. — Tisane de mauve, julep diacodé; lavement avec miel de mercuriale; potion avec extrait de quinquina.

Le 19. Cette malade semble aller un peu mieux; le pouls est relevé, plus large, plus fort; peu de délire; lèvres et langue sèches et fuligineuses. Même état pour le reste. — Mauve sp.; eau de Sedlitz, 2 verrées; 2 bouillons.

Le 20. Hier il y avait une tendance marquée à l'amélioration; cette nuit, le délire a tout à coup augmenté, la fièvre devint très-intense, et la mort arriva brusquement à deux heures du matin.

Autopsie faite le 21 janvier. — L'examen minutieux des poumons, du foie, de la rate, de l'intestin et du cerveau, ne nous a révélé aucune lésion appréciable; tous les viscères étaient sains, le cerveau seul présentait une légère congestion. L'utérus et ses annexes ont été examinés avec grand soin: la face interne de l'utérus était couverte d'un détritus grisâtre, comme il arrive à cette époque de l'accouchement; mais les parois de l'organe étaient parfaitement saines, elles avaient leur consistance et leur coloration normale. En incisant l'organe dans tous les sens et en le pressant avec les doigts, il a été impossible d'en faire sortir aucune gouttelette de pus. Le tissu cellulaire péri-utérin était parfaitement sain. J'ai ouvert les veines cave inférieure, iliaques, hypogastriques et leurs branches, je les ai suivies par dissection aussi loin que possible, et j'ai trouvé tous ces vaisseaux parfaitement sains; seulement le sang qu'ils renfermaient était plus fluide qu'à l'état normal et il n'y avait pas de caillots, pas plus que dans le cœur. Il est inutile de dire que le péritoine était parfaitement sain, et que la transparence de cette membrane ne m'a laissé apercevoir aucune de ces traînées blanches qui indiquent une lymphangite. En résumé, nous n'avons trouvé aucune lésion qui puisse non-seulement expliquer la mort, mais encore nous rendre compte des phénomènes inflammatoires observés du côté de l'utérus au début de la maladie. La congestion cérébrale était trop peu importante pour qu'on puisse l'invoquer comme cause de mort; tout au plus peut-on lui attribuer quelque part dans les accidents cérébraux.

Je dois aussi à l'obligeance de M. Péan, mon successeur comme interne à la Maternité, une troisième observation, analogue aux deux précédentes, auxquelles je la joindrai.

OBSERVATION III.

Fièvre puerpérale; mort dix jours après l'accouchement; aucune lésion appréciable.

C..., 23 ans, idiote, très-grande, de constitution robuste, présentait un rétrécissement du bassin. Le travail de l'accouchement dure dix-sept heures. Accouchement normal le 10 février, à la Maternité; transportée ensuite salle Sainte-Marthe, nº 1.

Le 11. Fièvre, sécheresse et chaleur de la peau; pouls à 116; céphalalgie; face colorée; pas de frisson; langue sèche, sale; de l'inappétence; pas de vomissements, pas de douleurs abdominales; selles et urines normales; lochies fétides.

— Une saignée; julep avec 3 grammes d'alcoolature d'aconit; injections avec une décoction d'eau de camomille chlorurée.

Le soir, même état; pouls à 120; caillot mou, large, peu couenneux.

Le 12. Même état; pouls vibrant, à 124. — Une saignée; caillot mou, couenneux; peu de sérum.

Le 13. Quelques douleurs hypogastriques bien faibles; fièvre moindre; pouls dépressible, à 96.

Le 14. Fièvre; moins de chaleur à la peau; horripilation; soubresauts des tendons; pouls irrégulier, à 112; prostration.

Le 15. L'adynamie augmente; le pouls est petit, irrégulier, à 112; langue sèche, noire, ainsi que la bouche et les gencives; un peu d'angine; la malade ne se plaint que de sa douleur de gorge; rien au thorax ni à l'abdomen.

Le 16, même état; pouls à 116.

Le 17, la malade ne se plaint que de la gorge, mais elle ne se prête pas à notre examen.

Le 18. Véritable état typhoïde; réaction fébrile intense avec altération des traits; pouls à 130. Il est impossible de localiser la source du mal.

Mort le 20 au matin.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. — Utérus remontant au-dessus de la ceinture pubienne; incisé par tranches, il ne présente aucune trace de pus dans l'épaisseur de ses parois ni de ses angles. La face interne de l'utérus est fétide, d'un gris noirâtre; lorsqu'on détache cette couche, on aperçoit les sinus utérins sans aucune altération. A la coupe, les ovaires et les trompes sont sains; les veines utéro-ovariques, les lymphatiques, ne présentent ni caillot ni pus. Rien dans le tissu cellulaire pelvien. Les sinus de la dure-mère, les gros troncs veineux, le cœur, sont remplis d'un sang noirâtre et de caillots mollasses.

Rien dans les séreuses splanchniques ni dans les grandes articulations.

Les intestins sont sains; le cerveau est ferme; les poumons sont engoués dans leurs lobes inférieurs, mais ils surnagent.

Le foie est un peu ramolli, tacheté; la rate est ridée, remplie par une boue sirupeuse diffluente; la bile est visqueuse.

Reins faciles à énucléer; leur tissu est peu consistant. Rien aux capsules surrénales. Le bassin est rétréci.

Rien au pharynx.

Ces observations ont été recueillies dans les services de MM. Hardy et Delpech, et l'habileté de ces médecins est une garantie pour la véracité du diagnostic. Nous n'ajouterons pas de commentaires, parce

que l'absence de toute lésion nous paraît établie par les observations elles-mêmes; c'est là d'ailleurs le seul point important que nous voulons y faire remarquer.

Les altérations des organes ne constituent pas à elles seules les maladies, elles n'en sont le plus souvent que le résultat. Dans un certain nombre de cas, les femmes meurent après avoir offert tous les symptômes de la fièvre puerpérale, sans présenter aucune lésion appréciable. Ces malades ont succombé, et on ne peut expliquer la mort ni par la métrite, ni par la phlébite, ni par l'angioleucite, ni par la péritonite. Les partisans les plus ardents des lésions locales doivent être forcés, dans ce cas, d'admettre une autre maladie, qu'on a désignée sous le nom de fièvre puerpérale, que nous lui conserverons, bien que nous eussions mieux aimé le nom de septicémie puerpérale, qui eût mieux montré que nous regardons cette maladie comme produite par un empoisonnement avec modification du sang.

Dans la plupart des auteurs, on trouve çà et là épars des passages qui indiquent que souvent ils ont pensé à expliquer la fièvre puerpérale par l'infection putride; M. Dumontpallier a tout récemment, dans sa thèse, soutenu cette opinion, et il a publié des faits à l'appui. Dans la plupart des autopsies, on trouve en effet la face interne de l'utérus putrescente, ainsi que nous l'avons dit à propos de la métrite gangréneuse; l'absorption de la sanie peut avoir lieu, et déterminer la mort, qui ne serait due qu'à une résorption putride. Il est possible que dans un certain nombre de cas, il en soit ainsi; mais cette nouvelle espèce de maladie puerpérale ne rendrait pas compte des cas de mort à la suite desquels la face interne de l'utérus était parfaitement saine, ainsi qu'on en trouve des exemples cités dans les ouvrages de MM. Voillemier, Moreau, Bidault et Arnoult. Comment d'ailleurs expliquer la résorption putride, quand la mort survient quelques heures seulement après l'accouchement? Comment expliquer la mort quand elle frappe une femme avant son accouchement, ainsi qu'on l'a vu, à la Maternité, dans des cas exceptionnels, ou lorsque la fièvre puerpérale atteint des femmes qui

n'ont jamais eu d'enfant, ainsi que nous en mentionnerons deux exemples, et alors que la face interne de l'utérus est parfaitement intacte? Comment expliquerait-on la mort des enfants nouveau-nés et des fœtus qui ont succombé à la fièvre puerpérale, bien qu'il n'y ait chez ces derniers aucun foyer qui puisse être le point de départ de la résorption putride? Si l'autopsie révèle de la putrescence de l'utérus, elle doit surtout n'être due qu'à la décomposition cadavérique, et n'est qu'un effet analogue à la production des sugillations, qui sont si fréquentes sur le cadavre des nouvelles accouchées. L'influence de la résorption putride peut être défendue dans certains cas, mais elle est impuissante à expliquer la plupart des faits.

Les autopsies qui n'ont montré aucune altération à la suite de la fièvre puerpérale sont relativement peu nombreuses, et pourtant nous pensons que c'est à cette maladie que succombent le plus grand nombre des nouvelles accouchées. Quand elles meurent très-rapidement ou quand elles ne présentent pas de prédispositions au développement de lésion anatomiques manifestes, elles sont empoisonnées, mais le poison ne laisse pas de traces. Quand la vie persiste plus longtemps, quand des circonstances favorables se présentent, on voit des lésions secondaires se produire, mais leur développement n'est que l'une des manifestations de la maladie et lui reste subordonné. C'est pourquoi ces altérations manquent tantôt complétement, et présentent tantôt tous les degrés intermédiaires entre des traces fugaces et un développement complet. Suivant la disposition individuelle, une cause déterminante quelconque, ou suivant le génie épidémique, le pus se formera dans les veines, dans les lymphatiques, dans les plèvres, dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire des membres. On trouve des lésions qui simulent la métrite, la métro-péritonite, la phlébite, la pleurésie, l'angioleucite; c'est bien alors à l'inflammation qu'est due la formation du pus, mais la maladie générale domine toutes ces altérations. M. Voillemier a désigné la fièvre puerpérale sous le nom de fièvre pyogénique des femmes en couches; nous accepterions volontiers cette

dénomination, si nous n'avions pas vu que les femmes meurent quelquefois, sans qu'on puisse trouver aucune lésion cadavérique.

L'enchaînement des différents états organopathiques est l'un des côtés les plus curieux de la pathologie, et il n'y a nul doute que la septicémie puerpérale ferait moins de victimes, si des lésions inflammatoires locales ne venaient l'aggraver encore; c'est à ces maladies secondaires qu'on doit rapporter la mort des femmes qui succombent longtemps après le début de la maladie, épuisées par un épanchement péritonéal ou pleurétique purulent; c'est ainsi qu'on voit chez la même femme, à la gravité de la fièvre puerpérale, s'ajouter le danger produit par l'apparition d'une phlébite ou d'une péritonite, et la même malade peut succomber aux effets réunis de la fièvre puerpérale et de la résorption purulente.

Telle est l'opinion que nous avons dû nous former de la fièvre puerpérale, et c'est dans ce sens que nous commenterions, si nous en sentions l'utilité, les observations que nous avons recueillies, mais que nous croyons inutile de rapporter ici.

L'existence de la fièvre puerpérale ne peut être douteuse; mais il devient difficile quelquefois, au lit des malades, de la distinguer des autres maladies puerpérales, et de faire à chacune d'elles la part qui leur revient pour le pronostic et le traitement. Nous dirons avec M. Dupé : « Il faut beaucoup de discernement et d'expérience pour distinguer la fièvre puerpérale des autres maladies de la couche qui peuvent la compliquer ou qui en sont indépendantes, pour savoir ce qui appartient à l'une, et ce qui dépend de l'autre » (thèse; Paris, 1804).

Parmi toutes les maladies auxquelles on peut comparer la fièvre puerpérale, le typhus est celle qui offre le plus d'analogie avec elle. Comme pour le typhus, les sujets sont frappés d'autant plus vite, qu'ils sont plus épuisés, soumis à des causes déprimantes, comme le chagrin, affaiblis par la pléthore séreuse, sur laquelle a insisté avec raison le Dr Charrier (thèse inaugurale; Paris, 1855), exposés aux miasmes qu'engendre l'encombrement; comme dans le typhus, il

est des malades qui succombent avec tant de rapidité, qu'il est impossible de trouver d'autres lésions qu'une fluidité considérable du sang sans altération locale; et si l'anatomie pathologique ne nous montre pas la cause de la mort, elle nous enseigne du moins qu'elle ne réside pas dans telle ou telle portion du corps, mais qu'elle est due à un empoisonnement général, contre lequel n'a pu lutter un organisme trop épuisé ou trop fortement frappé. Sans doute le typhus a des caractères spéciaux qui le distinguent de la fièvre puerpérale; mais nous n'avons pu comprendre celle-ci que comme produite par une cause puissante, par un empoisonnement septique, qui vient frapper les femmes, au moment où elles offrent un état tout à fait spécial, et cette coïncidence produit une maladie à part, le typhus puerpéral.

Nous ne saurions mieux terminer ce que nous avons à dire de la fièvre puerpérale, qu'en citant l'un des passages de l'excellent article de M. P. Dubois : « Les médecins n'ont pas tardé à voir qu'ils prenaient, dans leur ardeur de localisation, l'effet pour la cause, que des altérations qu'ils regardaient comme les maladies elles-mêmes n'étaient que des résultats de la maladie, et que l'altération primitive leur échappait même, dans le cas où ils avaient cru la saisir. Pendant plusieurs années, la fièvre puerpérale fut effacée du cadre nosologique, et on ne vit plus que des péritonites ou des métro-péritonites puerpérales, de même qu'ailleurs on ne voyait plus que des gastro-entérites. La réaction en faveur de fièvres auxquelles on donne le nom de fièvres typhoïdes devait en amener une autre dans la manière de considérer les affections aiguës des femmes en couches......... A ce caractère, qui peut méconnaître une affection générale, une de ces maladies auxquelles les pathologistes modernes réservent encore le nom de fièvres? Pour nous, l'existence d'une fièvre puerpérale n'est donc pas douteuse? » (Dictionnaire en 30 vol., t. XXVI, p. 336 et suiv.)

CHAPITRE III.

DE LA PROPAGATION DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

Après avoir nettement établi notre croyance à l'existence de la fièvre puerpérale, comme maladie distincte, analogue au typhus, et méritant une large place dans le cadre nosologique, nous étudierons l'un des points les plus intéressants et les plus controversés de cette maladie, en recherchant quelles sont les causes qui peuvent sinon l'engendrer, du moins faciliter son développement et concourir à sa propagation ; car, si jusqu'ici il a été impossible de pénétrer la cause intime des maladies épidémiques ou contagieuses, on peut du moins, par comparaison, se faire une idée approximative de leur pathogénie, et, en les suivant dans leur marche, reconnaître quelques-uns de leurs caractères.

Les maladies atteignent les unes des individus isolés, tandis que les autres font rarement des victimes disséminées, mais frappent les personnes en masse et les font périr souvent en grande quantité. La fièvre puerpérale est le plus souvent sporadique, mais elle acquiert en certaines circonstances le triste privilége de se propager à un grand nombre de malades ; pour s'en convaincre, il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau suivant, qui offre le chiffre des décès de la Maternité pour chaque mois de l'année 1856.

1856.

Mois.	Nombre des accouchements.	Nombre des décès.	Proportion.	Rapport des décès aux accouchements.
Janvier....	251	7	1/35,85	27/1,000
Février....	266	7	1/38,00	26/1,000
Mars......	327	7	1/46,71	21/1,000
Avril......	315	32	1/9,84	101/1,000
Mai.......	32	31	1/1,03	968/1,000
Juin......	31	»	»	»
Juillet.....	146	6	1/2,433	41/1,000
Août......	206	4	1/51,50	19/1,000
Septembre.	202	14	1/14,42	69/1,000
Octobre....	64	13	1/4,92	203/1,000
Novembre..	162	6	1/27,75	97/1,000
Décembre..	235	4	1/58,75	17/1,000
Du 13 avril au 10 mai............		59		

On est frappé, dans ce tableau, de voir, en moins d'un mois, périr 59 femmes. Toutes les maladies qui présentent ce caractère si important de sévir à la fois sur un grand nombre de personnes sont endémiques, épidémiques, contagieuses ou infectieuses. Recherchons, au milieu de ces maladies, dans quelle classe on doit ranger la fièvre puerpérale.

La fièvre puerpérale est-elle endémique?

La naissance des maladies endémiques est étroitement liée aux localités, surtout pendant certaines saisons, certains vents, certains états de l'atmosphère, de telle sorte que souvent on peut en prédire l'apparition presque à coup sûr. C'est ainsi que le choléra est endémique sur les bords du Gange, où se trouve réuni le concours des conditions nécessaires à sa formation; c'est ainsi que la fièvre intermittente est endémique sur les bords des marais Pontins et dans la plupart des lieux marécageux.

Rien de semblable n'a lieu pour la fièvre puerpérale. Chaque année, il est vrai, on voit à Paris cette maladie faire quantité de victimes soit à la Maternité, soit à l'hôpital des Cliniques ; serait-ce aux localités qu'il faut attribuer ce triste privilége ? Mais la fièvre puerpérale éclate quelquefois en ville, dans la province, et jusque dans les villages les plus isolés. L'Hôtel-Dieu était autrefois le théâtre principal de ses ravages, et Doublet en observait néanmoins une épidémie à Necker. Changez d'ailleurs la Maternité de place, et la maladie ira chercher les nouveaux hôpitaux créés. N'en avons-nous pas un exemple récent dans l'hôpital Lariboisière, qui, à peine ouvert, était envahi par la fièvre puerpérale ? Ce fait prouve une fois de plus que la fièvre puerpérale se montre fréquemment dans toutes les Maternités des grandes villes, et que l'emplacement sur lequel elles sont construites n'entre pour rien dans la production de la maladie.

Serait-ce à la disposition des bâtiments eux-mêmes et à l'insalubrité qui peut en résulter qu'est due la maladie ? Nous ne le pensons pas davantage. Dans l'année 1855, l'administration des hôpitaux, justement préoccupée de cette question, faisait aérer plus largement les salles ; des terrasses couvertes et bien exposées étaient établies pour la promenade des femmes convalescentes ; tous les murs étaient peints à l'huile, de façon à les rendre réfractaires a l'imprégnation des miasmes et à faciliter leur lavage ; pendant ce temps, tout le matériel était changé ou largement aéré ; et pourtant quelques mois à peine s'étaient écoulés, que des malades étaient frappées en grand nombre. La fièvre puerpérale n'est donc pas une maladie endémique, puisqu'elle naît dans chaque Maternité capable de recevoir un grand nombre de femmes, bâtie en quelque lieu que ce soit ; puisque sa production est indépendante de la construction des bâtiments et des dispositions hygiéniques, aussi bonnes que possible, qui peuvent en résulter, bien que toutes les précautions qui améliorent la salubrité fassent diminuer le nombre des malades, résultat qui serait également vrai pour toute autre ma-

ladie. Si, dans les salles de la Maternité, on pouvait n'accoucher qu'une femme de loin en loin, il est évident que la mortalité n'y serait pas plus grande qu'ailleurs, et, dans ces circonstances cependant, l'influence endémique, si elle eût existé auparavant, devrait rester la même. Cette discussion nous a paru utile, parce que quelques auteurs ont regardé et regardent la fièvre puerpérale comme une maladie endémique, et que cette opinion est complétement erronée.

La fièvre puerpérale est-elle épidémique?

Poser ici une pareille question, c'est immédiatement la résoudre affirmativement avec tous les médecins.

Pendant l'année qui vient de s'écouler, nous avons eu l'occasion, à la Maternité de Paris, de suivre deux épidémies de fièvre puerpérale; en 1854, le Dr Charrier, notre ami, observait également dans le même établissement, deux épidémies, l'une à type abdominal, l'autre à type thoracique; chaque auteur qu'on pourrait consulter en apporterait de nouveaux exemples. Ce n'est pas seulement dans les hôpitaux que sévissent ces épidémies; elles se manifestent parfois dans la ville, dans les villes de province, ainsi que, il y a peu de temps encore, le décrivait le Dr Zandyck (*Étude sur l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à Dunkerque en* 1854 *et en* 1855; Paris, 1856). Il n'est d'ailleurs pas rare de voir des femmes entrer à la Maternité déjà malades, et pour elles l'accouchement et le séjour à l'hôpital ne font que favoriser les progrès d'une maladie qui avait commencé auparavant. Les villages comme les villes en sont parfois atteints, et, pour en prendre un seul exemple dans un auteur justement célèbre, nous citerons le passage suivant : « On ne doit pas omettre un genre d'épidémie assez particulier qui régna dans la paroisse de Heugon dans le cours de l'année 1767; elle ne s'étendit que sur les femmes en couches, dont le nombre était considérable, et leur fut si funeste, que de toutes celles qui eurent le malheur d'enfanter dans ce temps, pas une n'en

fut exempte ; elles périrent toutes misérablement de la même manière » (Lepecq de la Clôture).

Il faut bien admettre, dans tous ces cas comme dans toutes les épidémies, l'action d'un principe général, inconnu dans son essence, qu'on a désigné sous le nom de *génie épidémique*, *quid divinum*, το θειον. Sous son influence, la maladie pourra revêtir tel ou tel aspect, type abdominal et thoracique (Dr Charrier), forme inflammatoire, muqueuse ou bilieuse (P. Dubois, Dict. en 30 vol.) ; mais, derrière ces variations, la maladie restera la même, avec ses caractères principaux.

Tous les mois de l'année ont présenté des épidémies ; elles ont éclaté pendant toutes les températures, au milieu de toutes les conditions hygrométriques et atmosphériques, qui peuvent, il est vrai, faciliter plus ou moins leur développement, tandis que des conditions tout à fait contraires ne sont nullement incompatibles avec leur naissance.

L'encombrement des malades n'explique pas mieux ces épidémies, puisque souvent, quand les salles de la Maternité sont encombrées, l'état sanitaire y reste excellent. Un principe contagieux lui-même serait impuissant à rendre compte d'une marche aussi variable, puisque souvent aussi, au milieu de salles remplies de nouvelles accouchées, on voit un cas ou deux de fièvre puerpérale éclater sporadiquement, sans que la maladie atteigne un plus grand nombre de femmes. Des exemples semblables ne sont pas rares dans beaucoup d'autres maladies.

Dans l'étiologie des maladies épidémiques, on se perd en conjectures et en recherches inutiles pour trouver une explication satisfaisante, on n'arrive qu'à un résultat négatif ; c'est là le propre de toute épidémie, d'obéir à une cause cachée et impénétrable qui échappe à nos investigations et à notre action, et à ce titre seul la fièvre puerpérale mériterait d'être rangée au milieu des maladies épidémiques.

La fièvre puerpérale est-elle contagieuse?

De ce que la fièvre puerpérale est épidémique, il ne s'ensuit nullement qu'elle ne puisse être soumise à une autre influence; nous pensons au contraire que souvent elle devient contagieuse.

Avant d'émettre une semblable opinion, nous avons longtemps été retenu par son importance même et par le peu d'appui que nous avons trouvé dans les auteurs : la plupart ne parlent même pas de la possibilité de la contagion ou la nient sans discussion; d'autres restent dans un doute systématique ou n'en font mention que pour la combattre, et c'est à peine si nous en avons trouvé quelques-uns qui aient timidement osé écrire qu'ils croyaient à son action. A l'étranger, il est vrai, en Angleterre surtout, le nombre des médecins qui croient à la contagion de la fièvre puerpérale est plus grand; nous citerons entre autres Joseph et John Clarke; mais, en France, le nombre en est si restreint, que nous n'abordons ce sujet que parce que notre conviction est bien arrêtée et basée sur des observations et des recherches personnelles. Nous n'oublions d'ailleurs pas combien sont difficiles toutes les questions qui se rattachent à l'étude de la contagion, et que souvent c'est avec vraisemblance que les opinions les plus contradictoires peuvent être soutenues.

Tous les médecins des hôpitaux de femmes en couches ont été justement effrayés par le grand nombre des décès, et nous n'avons pas été plus heureux pendant notre internat à la Maternité; les chiffres suivants, recueillis pour l'année 1856, en donneront une idée :

A la Maternité...	2,237	accouchements,	132 décès.
A la Clinique....	630	—	51 —

Pendant que ces deux hôpitaux étaient fermés, une partie des

femmes étaient dirigées sur l'hôpital Cochin, et on y vit à peu près la même mortalité :

Hôpital Cochin	Du 30 avril au 6 août....	113 accouchements,	5 décès.
	Du 27 sept. au 30 octobre	62 —	5 —

Les choses sont heureusement bien différentes dans la pratique de la ville ; nous avons, à la mairie du 12e arrondissement, dans lequel se trouve la Maternité, compulsé les registres de la même année, et nous avons trouvé :

Clientèle civile... 3,222 accouchements, 14 décès.

Encore nous devons ajouter que, sur ces 14 décès, 4 femmes étaient mortes, il est vrai, chez elles, mais après avoir été accouchées à la Maternité, d'où elles étaient sorties malades.

Pour obtenir un résultat aussi exact que possible, nous avons feuilleté le registre des décès, acte par acte, et chaque fois qu'une femme était morte de 15 à 50 ans, nous avons recherché, dans le registre des naissances, soit à son nom, soit à celui de son mari, si elle était accouchée dans le mois qui avait précédé sa mort, et nous avons considéré comme morte de fièvre puerpérale chaque femme qui s'est trouvée dans cette condition ; cette manière de procéder n'a donc pu que grossir le chiffre de la mortalité et nullement le diminuer. Nous avons pu éviter ainsi le reproche, qu'on a adressé à ces sortes de recherches, de ne porter que sur le résultat consigné par des médecins désireux quelquefois de cacher un insuccès. Nous avons établi notre relevé avec tout le soin possible, et ce qui nous a prouvé que nos recherches avaient été scrupuleusement faites, c'est que nous avons retrouvé ainsi le décès de toutes les femmes qui avaient succombé à la Maternité.

Nous croyons donc notre statistique aussi juste que possible, mais, comme tous les résultats fournis par cette méthode, elle est entachée d'inexactitudes, et nous voulons être le premier à les signaler.

Notre relevé n'a porté que sur les femmes accouchées d'enfants vivants, et l'on sait que la mort du fœtus dans le sein de sa mère a été regardée comme une cause puissante de fièvre puerpérale. Nous sommes loin de partager cette opinion; car, en examinant l'influence de cette cause, à la Maternité, sur 87 femmes accouchées pendant l'année d'enfants mort-nés, nous avons trouvé seulement six décès. Quoi qu'il en soit, nous aurons soin d'en tenir compte dans le tableau de comparaison; mais nous avons pensé que le résultat auquel nous sommes arrivé n'aurait pas été modifié, s'il eût porté en même temps sur les mères des enfants mort-nés, et nous avons cru inutile de faire ce travail.

Une autre erreur, impossible à éviter, tient à la pénurie de la plupart des familles logées dans le 12e arrondissement: les ressources sont épuisées par les frais de l'accouchement; aussi, lorsque survient une maladie, la nouvelle accouchée est envoyée à l'hôpital, où elle succombe quelquefois, et le chiffre de la mortalité à domicile s'en trouve allégé. Cette erreur doit cependant être minime dans le compte rendu des médecins du bureau de bienfaisance, et sur 712 accouchements ils n'ont eu que 5 décès à déplorer.

Le tableau suivant résume nos recherches statistiques :

Année 1856.

Maternité	Accouchements	2,237
	Décès par suite d'affections diverses	12
	Décès de femmes accouchées d'enfants mort-nés	6
	Décès par suite de fièvre puerpérale	114
	Total des décès	132
Clientèle de la ville, 12e arrondissement.	Accouchements	3,222
	Femmes accouchées à la Maternité et mortes à domicile.	4
	Femmes accouchées et mortes à domicile	10
	Total des décès	14

Si nous comparons, en prenant les chiffres 2,237 et 114, et les

chiffres 3,222 et 10, le nombre des accouchements et le nombre des cas de mort, nous aurons la proportion suivante dans la mortalité :

Maternité		$^1/_{19,62}$
Clientèle de la ville, 12ᵉ arrondissement		$^1/_{322,20}$
Hôpital des Cliniques		$^1/_{19}$
Hôpital Cochin.	Du 30 avril au 6 août	$^1/_{22,60}$
	Du 7 septembre au 8 octobre	$^1/_{12,40}$
Bureau de bienfaisance du 12ᵉ arrondissement		$^1/_{142,40}$

Il y a donc autant de différence entre la mortalité de la Maternité et celle de la ville, pour le même arrondissement, qu'il y a de différence entre les chiffres 322 et 19, c'est-à-dire qu'elle est 17 fois plus considérable à l'hôpital qu'à domicile.

Si nous n'avons pu éviter l'erreur qui tient au transport, dans un hôpital, des femmes malades, accouchées chez elles, nous croyons cette erreur à peu près compensée par les maladies non puerpérales et de nature diverse auxquelles ont dû quelquefois succomber les femmes de la ville ; dans l'impossibilité d'une vérification exacte, nous avons supposé que toujours la mort avait été déterminée par la fièvre puerpérale, et le chiffre de la mortalité à domicile a dû s'en trouver grossi.

D'une autre part, il arrive malheureusement, dans la pratique particulière, que des femmes succombent par défaut de soins ; et, dans les 10 décès que nous avons relevés, nous avons eu précisément l'occasion de voir une fois une de ces femmes, qui mourut par suite de l'incurie et de l'ignorance des personnes qui étaient chargées de l'accouchement. A la Maternité, cette mort eût été probablement évitée par les soins éclairés qui sont prodigués à toutes les femmes.

Quel que soit d'ailleurs le nombre des femmes accouchées chez elles, qui aient succombé ensuite à l'hôpital, il ne comblerait jamais la différence trouvée ; les chiffres qui la traduisent la mettent suffisamment en relief, et disent assez quelle est son importance, pour qu'il soit inutile d'y insister plus longtemps.

Nous avons déjà dit ailleurs que la fièvre puerpérale n'est pas endémique, et lorsqu'une maladie sévit dans un espace aussi restreint qu'un hôpital, à la Maternité par exemple, et à la Clinique, sans s'étendre dans un rayon plus large, sans se répandre dans le 12e arrondissement dans ce cas-ci, elle ne peut être regardée comme uniquement produite et propagée par l'influence épidémique.

C'est un fait connu et établi depuis longtemps que les nouvelles accouchées meurent en plus grand nombre dans tous les grands hôpitaux qui leur sont consacrés que dans la ville, et Johnson a dit : « J'observe que cette maladie se rencontre plus souvent dans les hôpitaux de femmes en couches que dans les maisons particulières. En voilà, selon moi, la véritable cause, c'est que telle précaution que l'on prenne dans les hôpitaux, l'air doit y être plus ou moins imprégné de miasmes putrides qui se répandent dans la salle et s'attachent aux meubles. » (Johnson, *Avis aux femmes enceintes*, p. 175.)

On ne peut pas attribuer au génie épidémique une action élective pour les hôpitaux, et nous croyons que c'est dans l'infection et la contagion qu'il faut chercher la cause qui seconde si puissamment la force productrice de la maladie.

Quand on voudra nettement définir, pour les séparer, l'infection et la contagion, des discussions sans fin surgiront à coup sûr. L'infection, lorsqu'elle tient à la décomposition des matières végétales ou animales, ou à l'accumulation d'hommes sains, ne peut être confondue avec la contagion; mais, lorsqu'elle dépend d'émanations qui proviennent d'organismes malades, et qui vont engendrer une maladie semblable à celle qui en a été le foyer primitif, nous croyons que c'est une discussion de mots que de chercher à séparer l'infection de la contagion. D'ailleurs les maladies infectieuses deviennent souvent contagieuses, comme on peut l'observer pour le typhus et pour la pourriture d'hôpital; pourquoi n'en serait-il pas de même pour la fièvre puerpérale? C'est même une raison de plus pour croire à la contagion que d'admettre l'infection.

Les premières malades atteintes de fièvre puerpérale ne développent pas la maladie infailliblement par leur contact avec d'autres accouchées, mais elles la propagent en viciant l'air par des émanations *particulières*, et d'une façon telle qu'il agira par une sorte d'infection *spéciale* pour produire la même maladie. Je le répète, ce serait une querelle de mots que de nier la contagion pour n'admettre que l'infection.

Souvent les maladies, comme la dysentérie par exemple, qui, à l'état sporadique, ne sont pas contagieuses, le deviennent lorsqu'elles règnent épidémiquement, soit parce que l'acuité de la maladie est plus grande, soit parce que l'altération de l'air, par le nombre des malades et les miasmes plus nombreux qui s'en dégagent, est portée à un assez haut degré ; ce sont ces raisons qui font sans doute que la fièvre puerpérale ne paraît contagieuse que lorsqu'elle sévit par épidémie, et surtout dans les hôpitaux.

Nous dirons enfin que, si l'infection jouait un grand rôle dans la production des fièvres puerpérales, les améliorations des hôpitaux, en diminuant autant que possible les mauvaises conditions hygiéniques qui pouvaient favoriser l'infection, auraient dû entraîner une diminution notable dans la mortalité, qui reste cependant considérable, et qui n'a que peu diminué depuis Tenon, si nous nous reportons au triste état des nouvelles accouchées par le tableau que cet auteur nous en a laissé : « L'emploi des femmes grosses renferme 67 grands lits et 37 petits ; ils étaient occupés, le 12 janvier 1786, par 175 femmes grosses ou accouchées et par 16 femmes de service. La situation des nouvelles accouchées est encore plus déplorable ; elles sont de même deux, trois, quelquefois quatre, dans le même lit, les unes à une époque de leurs couches, les autres à une autre époque. N'est-ce pas dans ces lits que sont confondues les accouchées saines avec les malades, avec celles qui sont atteintes de cette fièvre puerpérale qui en fait tant périr ? Quelle santé tiendrait à cette affreuse situation ? quelle maladie n'en serait pas accrue ? Enfin, qu'on entr'ouvre ces lits de souffrances, il en sort, comme d'un

gouffre, des vapeurs humides, chaudes, qui s'élèvent, se répandent, épaississent l'air, lui donnent un corps si sensible, que le matin, en hiver, on le voit s'entr'ouvrir à mesure qu'on le traverse, et on ne le traverse point sans un dégoût qu'il est impossible de surmonter. » (Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, p. 238; Paris, 1788.)

La mortalité des femmes en couches placées dans cette situation déplorable était de $^1/_{15}$, et nous la voyons encore aujourd'hui, à la Maternité, atteindre le chiffre de $^1/_{19}$. La différence n'est nullement en rapport avec l'état actuel de nos hôpitaux, car les efforts de l'administration de l'assistance publique procurent aujourd'hui un véritable bien-être aux femmes qui viennent accoucher dans ces établissements. La mortalité n'a pas diminué en raison directe des améliorations hygiéniques; nous devons donc croire que les malades restent soumises à une cause productrice puissante, la contagion, qui marche parallèlement à l'influence épidémique.

Ce n'est guère dans les hôpitaux qu'on peut rassembler des faits probants en faveur de la contagion, cependant quelques observateurs ont cru saisir des indices assez précis : « Lorsqu'il fut question d'évacuer la Maternité sur l'Hôtel-Dieu annexe, l'on se demanda si l'on devait disperser les femmes enceintes dans divers services de l'hôpital, ou bien créer une salle spéciale où toutes les femmes seraient réunies. L'on s'arrêta au dernier projet. C'était rentrer dans des conditions analogues à celles qu'offrait la Maternité, aussi les résultats obtenus sont-ils remarquables.

« Sur 67 femmes accouchées dans le service spécial, et venant toutes de la Maison d'accouchements, nous avons eu 14 décès.

« Sur 21 femmes accouchées dans le service de médecine et venant toutes de la ville, nous n'avons eu qu'un seul décès. » (Bidault et Arnoult, *Gazette médicale*, 1845.)

On ne peut guère expliquer de faits pareils qu'en admettant un miasme contagieux que les femmes enceintes auraient apporté avec elles, puisqu'elles se trouvaient soustraites à l'action endémique ou

épidémique et à l'infection qui pouvaient les rendre malades à la Maternité.

Nous avons été nous-même le témoin de faits qui nous semblent ne laisser aucun doute sur la contagion, et dans lesquels l'empoisonnement a été assez intense pour déterminer l'évolution de la maladie chez deux élèves sages-femmes qui soignaient les malades. Des faits analogues avaient déjà été signalés, nous donnerons en observations ceux que nous avons recueillis.

OBSERVATION IV.

Fièvre puerpérale chez une jeune fille en dehors de l'état de grossesse et d'accouchement. Mort, autopsie; épanchement purulent dans le péritoine, utérus complétement sain.

Mlle R..., élève sage-femme, constitution très-robuste, bonne santé habituelle, a eu ses règles dans les premiers jours du mois de mai; l'écoulement menstruel a été irrégulier et incomplet. Depuis ce temps, malaise général, perte des forces, inappétence, bouche mauvaise, pas de douleur de ventre.

Le 9 mai, entre le soir à l'infirmerie. Fièvre, peau chaude, céphalalgie, bouche mauvaise; rien ne peut faire présager une maladie grave. — Limonade sp., 2 pots.

Le 10. Fièvre, peau animée, face rouge, céphalalgie, langue sale; aucun autre symptôme local.

Ipéca....................	2 grammes.
Émétique	0,5 centigr.

En trois paquets.

Le soir. A bien vomi; se trouve soulagée; souffre encore de la tête; fièvre moins vive.

Le 11. Fièvre vive; a eu un frisson intense; un peu de douleur dans le ventre; 120 pulsations; nausées. — Limonade sp., 2 pots; julep avec opium 0,05, et alcoolature d'aconit 3 grammes; cataplasme abdominal; glace, 3 kilogrammes; 2 lavements émollients.

Le 12. État grave; fièvre très-vive; douleur dans le ventre; vomissements verdâtres; facies altéré; agitation; respiration gênée; rien à l'examen des poumons par la percussion et l'auscultation. — Limonade sp., 2 pots; julep, opium, 0,05;

alcoolature d'aconit, 3 grammes; cataplasme abdominal; glace; 20 sangsues à la face externe des grandes lèvres.

Le soir. État extrêmement grave; les vomissements continuent; la fièvre est très-vive; pouls petit, faible; facies très-altéré; respiration très-gênée; cyanose, refroidissement des extrémités; rien aux poumons. — Thé au rhum, vin de Malaga.

Le 13. Pouls très-fréquent, presque insensible; prostration complète; respiration très-gênée; cyanose; refroidissement des extrémités avec teinte bleuâtre; mort imminente. — Thé sucré, 2 pots; julep, opium, 0,10; punch au rhum, 400 grammes; sinapismes; alèzes chaudes; un quart de lavement avec 10 gouttes de laudanum. Mort à midi.

Autopsie, trente heures après la mort. — L'abdomen seul a été examiné, sur la demande de la famille. Cavité péritonéale contenant une grande quantité de sérosité purulente sans grumeaux; quelques plaques purulentes, de consistance crémeuse, adhèrent aux viscères abdominaux; injection du péritoine viscéral; foie volumineux, tacheté de jaune, très-gras; l'utérus et ses annexes ont été coupés par tranches extrêmement minces, et leurs tissus étaient parfaitement sains et fermes; la cavité utérine était intacte et contenait un peu de mucus épais, filant, onctueux, transparent.

Réflexions. Nous ferons remarquer que la maladie et la mort de cette jeune fille eurent lieu du 1er au 13 mai, c'est-à-dire lorsque l'intensité de l'épidémie de fièvre puerpérale qui sévissait sur les femmes en couches était telle qu'elle nécessita la fermeture de la Maternité. Cette jeune fille, comme toutes les élèves sages-femmes, était chargée du soin des malades.

OBSERVATION V.

Fièvre puerpérale chez une jeune fille hors l'état de grossesse et d'accouchement; début de la maladie au milieu d'une époque menstruelle, état grave; guérison.

Mlle L..., élève sage-femme; bonne santé habituelle, bonne constitution. Depuis le 12 avril 1856, pendant l'épidémie de fièvre puerpérale, eut de la perte de l'appétit, du dégoût, des envies de vomir; chaque jour, quelques frissons erratiques, irréguliers, suivis d'une légère réaction fébrile.

Le 23 avril. Écoulement menstruel depuis un jour. Aujourd'hui deux frissons suivis de claquements de dents; céphalalgie.

Le 24. Entrée à l'infirmerie des élèves sages-femmes. Fièvre vive, céphalalgie;

douleur dans le ventre depuis hier; vomissements verdâtres, écoulement menstruel supprimé. — Potion avec sel de morphine; cataplasmes chauds.

Le 25. La potion n'a pu être supportée; les vomissements continuent, fièvre vive, douleur de ventre très-intense. — 16 sangsues à la partie interne des cuisses; bain; glace; cataplasme sur le ventre.

Le 26. Les vomissements continuent; fièvre vive, pouls à 130; facies altéré; douleur vive du ventre, céphalalgie.

Le 27. État grave; douleur excessive dans le ventre, surtout à la région ombilicale; la pression y est intolérable; vomissements. — 20 sangsues.

Le 28. État grave; fièvre très-vive; facies altéré; respiration gênée, douleur vive dans le ventre. Les vomissements persistent, mais à un degré moins fort.

Le 29. Même état; se plaint beaucoup des hypochondres; vomissements. — 20 sangsues en forme de ceinture.

Le 30. Les sangsues ont bien coulé. La malade se trouve mieux; fièvre moins vive, encore quelques vomissements.

Le 31, même état.

Le 1er mai. La fièvre continue; n'a jamais eu d'épistaxis, ne présente aucune tache sur le ventre, rien aux poumons; prostration considérable. Toujours quelques vomissements; un peu de délire, traits altérés, langue sèche.

Le 2 mai. Quelques frissons erratiques. Même état. Les vomissements n'ont plus guère lieu qu'après l'ingestion des boissons. Fièvre toujours très-vive.

Le 3, même état.

Le 4. Même état; ventre sensible, fièvre, céphalalgie; langue sèche et noirâtre, toujours quelques vomissements.

Le 5. Les symptômes s'amendent un peu; la malade présente le même état, mais il est moins grave. L'amélioration se continue dans les jours suivants, et, le 8 mai, on pouvait transporter la malade dans un pavillon isolé, au fond d'un grand jardin, sans lui faire éprouver trop de douleur. A cette époque, la malade avait encore une fièvre vive, avec de la douleur dans le ventre, un abattement considérable. Ces symptômes s'amendèrent vite, mais avec des alternatives de recrudescence tantôt dans la fièvre, tantôt dans les douleurs du ventre, quelquefois dans les vomissements. On fut obligé de lui appliquer plusieurs fois de petits vésicatoires sur le ventre. On employait concurremment les toniques et les préparations opiacées. Ce ne fut que le 8 juillet que la malade fut assez forte pour être envoyée dans sa famille, où elle se rétablit complétement.

Réflexions. Dans cette observation, c'est au milieu de l'époque menstruelle que

débuta la maladie; mais, depuis quelque temps déjà, cette élève semblait sous l'influence de l'empoisonnement miasmatique, qui semblait n'attendre qu'une occasion favorable pour son développement. La forme de la maladie a été celle d'une péritonite puerpérale : les accidents et les douleurs qui pendant longtemps ont eu lieu du côté de l'abdomen ne laissent aucun doute à ce sujet; les accidents généraux adynamiques qui se sont développés ensuite ont indiqué l'état général dû à la fièvre puerpérale.

A ces deux observations, nous joindrons un passage dans lequel un fait semblable a été rapporté : « La question de la contagion dans la fièvre puerpérale a été jugée différemment par beaucoup de praticiens. M. Depaul a rencontré plusieurs faits qui lui ont prouvé que la fièvre puerpérale, surtout épidémique, est très-contagieuse. Voici quelques-uns de ces cas, lesquels remontent, du reste, à plusieurs années.

« Pendant une épidémie de fièvre puerpérale, à la Maternité, une élève sage-femme était chargée d'une nouvelle accouchée atteinte d'une métro-péritonite des plus graves; un matin, cette élève, en donnant à la malade les soins spéciaux que nécessitait sa situation, fut vivement impressionnée et comme suffoquée par les émanations qui s'échappèrent lorsqu'elle souleva la couverture du lit; le soir même, un frisson intense se déclara, le ventre devint très-douloureux, le pouls petit et fréquent; il survint des vomissements verdâtres, de la diarrhée, enfin tous les symptômes d'une fièvre puerpérale des mieux caractérisées; la mort arriva en quarante-huit heures. On rencontra, à l'autopsie, les altérations que présentent habituellement les cas de ce genre, seulement le tissu de l'utérus n'était point altéré. M. Depaul put constater, en outre, que non-seulement cette jeune fille ne se trouvait dans aucune condition de puerpéralité, mais qu'elle présentait même tous les signes physiques de la virginité. Un tel fait n'autorise-t-il pas à admettre que, pendant une épidémie violente de fièvre puerpérale, cette maladie est contagieuse même pour des femmes non enceintes et non récemment accouchées. » (*L'Union médicale,* 1855, p. 107, n° 26.)

Il est à regretter que M. Depaul n'ait pas dit si la maladie débuta pendant ou peu de temps après l'époque menstruelle. Quoi qu'il en soit, nous venons de rapporter trois exemples de fièvre puerpérale transmise à des femmes à l'état de vacuité. Comment expliquer cette transmission de la maladie, je le demanderai, si ce n'est par la contagion ? Ces jeunes filles auraient-elles succombé si elles n'avaient pas soigné les femmes malades, et chez elle la fièvre puerpérale eût-elle éclaté sous l'influence épidémique ? Évidemment non, et personne ne le croirait. C'est en vain qu'on chercherait à éluder les conclusions qu'on doit fatalement tirer de ces faits en les rapportant à l'infection ; car, lorsque des malades soit isolés, soit agglomérés, empoisonnent l'air de telle sorte que les personnes qui les entourent contractent la même maladie, ce résultat est dû à la contagion et nullement à l'infection.

Ces observations ne sont pas les seules ; MM. Dubois et Danyau ont observé des faits semblables (communication orale), et M. Voillemier en cite un exemple observé à la Maternité en 1838.

Dans nos deux observations, dans les faits rappelés par M. Dubois, c'est au milieu de la période menstruelle ou dans les jours qui suivent que les femmes ont présenté les premiers symptômes de la maladie. Il est difficile alors, comme nous l'avons dit dans le premier chapitre de ce travail, de ne pas songer au rapprochement qu'il y a entre une femme accouchée et une femme pendant l'époque menstruelle, puisque toutes deux présentent des dispositions favorables au développement de la maladie; et si, comme nous l'avons dit, l'état puerpéral commence avec la menstruation, il ne répugnera plus de dire qu'une femme hors l'état de grossesse, mais pendant l'écoulement menstruel, est morte de fièvre puerpérale : la dénomination pathologique se trouve justifiée par les notions physiologiques.

Les enfants nouveau-nés présentent aussi des conditions favorables au développement de la fièvre puerpérale, qui les fait périr en grand nombre. Ainsi, à la Maternité, sur 302 enfants nouveau-nés, morts pendant l'année 1856, 78 succombaient du 1er avril au 10

mai, pendant que l'épidémie sévissait sur les femmes; c'est donc en quarante jours seulement que le chiffre de ces décès dépassait le quart des cas de mort de l'année entière.

Comme le Dr Lorain, nous avons maintes fois constaté que, pendant cette période, les nouveau-nés succombaient presque tous en présentant les symptômes et les altérations pathologiques de la fièvre puerpérale :

« Ce que je tiens à faire remarquer, c'est que sur 193 enfants viables, qui sont morts peu de temps après la naissance, 50 ont succombé à des maladies qui sont précisément celles auxquelles succombaient les femmes en couches. Parmi ces maladies, la péritonite précède même la naissance, puisque nous l'avons trouvée 10 fois sur des fœtus mort-nés.

« Sur 30 enfants nouveau-nés, morts de péritonite simple ou compliquée, 10 fois la mère et l'enfant ont succombé à la même maladie; cinq autres femmes, dont les enfants sont morts de péritonite, ont eu elles-mêmes des accidents puerpéraux, et se sont rétablies.

« Sur 10 fœtus morts de péritonite, 9 fois la mère a succombé après l'accouchement à la fièvre puerpérale. Ainsi il y a dans la gestation et dans la parturition une cause de mort inhérente à ces fonctions, c'est la fièvre puerpérale; cette cause agit sur la mère, sur le fœtus et sur le nouveau-né. » (Lorain, thèse; Paris, 1855, p. 17 et 18.)

Du transport de la maladie par un médecin.

Pour toutes les maladies contagieuses, on peut soulever une question du plus haut intérêt, mais des plus graves; c'est celle du transport de la maladie par le médecin. Cette question a été soulevée pour la fièvre puerpérale.

L'évidence de la contagion dans la production d'une maladie est irréfutable, lorsque des individus, placés en dehors des mêmes in-

fluences, contractent la même maladie par contact immédiat ou médiat. Il est impossible qu'on trouve cette preuve dans la fièvre puerpérale. Les nouvelles accouchées, qui sont dans les conditions convenables pour être contaminées, sont retenues dans leur lit par les suites mêmes de leur accouchement, elles ne peuvent dès lors avoir aucun contact avec les femmes malades ; c'est là, sans aucun doute, la raison principale qui a rendu indécise, jusqu'à ce jour, la question de la contagion de la fièvre puerpérale. Si le contact immédiat est possible, ce n'est guère que dans les hôpitaux, où les nouvelles accouchées sont réunies, et alors on explique la propagation de la maladie par l'épidémie ou par l'infection. Il est difficile d'échapper à l'ambiguïté d'un tel reproche.

On a dit, il est vrai, que des médecins, des sages-femmes, des étudiants, avaient porté avec eux des miasmes qui avaient engendré la maladie par contact médiat ; mais, bien que nous ne soyons pas suspect de ne pas accepter une nouvelle preuve de contagion, les faits sont trop peu nombreux pour qu'ils soient probants, et nous citons le seul que nous ayions pu trouver. « Voici une observation non moins remarquable dont M. Depaul a été le témoin. Un médecin était occupé à faire l'autopsie d'une femme morte de fièvre puerpérale, lorsqu'on vint le chercher pour terminer un accouchement en ville. Des précautions de toutes sortes furent prises pour se débarrasser des miasmes de l'amphithéâtre, changement de vêtements, ablutions répétées, le tout cependant sans pouvoir faire disparaître entièrement l'odeur que les autopsies de cette nature laissent aux mains. L'accouchement se fit dans les conditions ordinaires ; et néanmoins, dans la soirée, l'accouchée fut prise d'une fièvre puerpérale des plus intenses, et mourut dans la journée du lendemain. M. Depaul cite un autre cas très-semblable à celui-ci, et dans lequel la femme succomba en quelques heures. » (*L'Union médicale*, loc. cit.)

Lorsqu'un médecin a fait lui-même une autopsie, il est évident qu'il se trouve dans toutes les conditions favorables au transport du virus contagieux, s'il vient à faire un accouchement, et dans ces

circonstances il devrait s'abstenir d'assister une femme en travail d'enfantement; mais c'est dépasser la vérité que d'accuser les médecins ou les accoucheurs qui soignent une femme malade de servir de moyen de transport au germe de la fièvre puerpérale. Il n'est pas de médecin et surtout de médecin d'enfants qui n'ait dans sa clientèle quelques cas de maladie contagieuse, telle que variole, scarlatine, rougeole; personne ne les accuse cependant de propager ces maladies, car ce serait vouloir empêcher toute pratique médicale: il deviendrait nécessaire qu'il y eût autant de médecins que de malades. Il est pénible de penser que les accusations portées contre les accoucheurs, sans fondement certain, ont pu être dictées par un tout autre motif qu'une conviction scientifique. Tant que des preuves évidentes n'auront pas été apportées en nombre suffisant, ce serait se rendre passible des reproches les plus graves que de soutenir une pareille opinion.

En admettant que la fièvre puerpérale soit contagieuse, nous sommes conduit à croire qu'elle produit un virus capable de la propager. L'existence d'un miasme contagieux ne nous paraît pas douteuse, mais elle nous est démontrée par le raisonnement seul, et nous ignorons sous quelle forme il se présente et quelle est sa nature. Les anatomistes avaient remarqué depuis longtemps que les piqûres qui sucèdent aux autopsies de femmes mortes de fièvre puerpérale avaient une gravité plus grande que lorsqu'elle sont lieu pendant d'autres dissections. Ce fait pourrait prouver à lui seul que les liquides produits par la fièvre puerpérale contiennent un poison énergique; de là à l'existence d'un virus il n'y a qu'un pas. Nous avons injecté sous la peau d'un lapin et de trois chiens du liquide que nous avions recueilli à la face interne de l'utérus et dans la cavité péritonéale: deux de ces animaux ont survécu sans malaise, tandis que les deux autres ont succombé très-rapidement, et leur autopsie ne nous a montré aucune lésion. Ces expériences ne servent qu'à démontrer l'activité de l'empoisement putride dans ces circonstances, mais nous nous garderons bien de leur attribuer quelque va-

leur dans la question de la contagion. Des expériences concluantes pourraient cependant être faites dans ce sens, si toutefois les animaux peuvent périr de fièvre puerpérale, en injectant profondément dans le vagin des femelles du liquide qui s'écoulerait des parties génitales des femmes malades ou qu'on recueillerait dans une autopsie; encore, pour s'entourer des conditions propres à favoriser la réussite, on devrait choisir les femelles au moment où elles viennent de mettre bas. Nous avions eu le projet d'instituer ces expériences, mais nous avons été arrêté par l'impossibilité d'en réunir les éléments en temps opportun. Il y a quelques jours seulement, M. Danyau nous a appris qu'une expérience semblable avait été tentée en Allemagne : du pus reueilli dans un sinus utérin d'une femme morte de métro-péritonite fut profondément injecté dans le vagin d'une lapine qui venait de mettre bas; l'animal ne fut pas incommodé (Dr Mende, *Hannovr. Corresp. Bl.*, Hft. 7, 1850; rec. in *Froriep's Tagsberichte*, 1851, n° 332).

Pendant le cours des épidémies de fièvre puerpérale, nous avions souvent remarqué, à la vulve des malades et même de celles qui n'étaient qu'indisposées, des plaques gangréneuses d'étendue variable, dont la présence coïncidait presque toujours avec quelques accidents saburraux. Nous avions donc pu penser qu'elles étaient le produit d'une action septique qui s'exercerait par les parties génitales; mais il est probable que les poumons, par leur étendue et leur activité, offrent des conditions plus faciles à l'absorption, et que souvent, sinon toujours, c'est par eux qu'a lieu l'empoisonnement.

Les auteurs qui ont admis la contagion de la fièvre puerpérale sont peu nombreux, et nous avons à peu près cité les matériaux intéressants que nous avons pu amasser. Pour la plupart des médecins, la question est restée indécise, et ils ont suivi le précepte de M. P. Dubois : «Sur une question si peu assise, le doute au moins est un devoir; des preuves nombreuses et irrécusables peuvent seules fixer la science relativement à un mode de transmission que

repoussent quant à présent les idées généralement reçues en physiologie pathologique et en pathologie» (P. Dubois, *loc. cit.*). Nous avons tenté d'élucider la question, mais nous ne nous sommes pas fait illusion et nous n'avons pas la prétention d'entraîner après nous une conviction unanime; nous espérons seulement faire diminuer le nombre de ceux qui ne croient pas à la contagion de la fièvre puerpérale.

Dans les nombreux mémoires écrits sur les maladies des femmes en couches, nous avons souvent trouvé des discussions qui ont mené leurs auteurs à nier la contagion; parmi eux, nous avons remarqué MM. Tonnellé, Lasserre, Botrel, Jacquemier, Lorain, Zandyck. Nous avons passé outre, parce que nous avons cru qu'on pouvait adresser à tous ces travaux un reproche collectif. Du moment que la contagion ne suffit pas à elle seule pour expliquer la fièvre puerpérale, on en rejette l'existence d'une manière absolue; c'est ainsi que M. Botrel insiste sur ce fait, que des femmes parfaitement isolées ont cependant été contaminées. On le conçoit sans peine quand on sait que ces femmes étaient placées dans le même hôpital, et qu'en dehors de l'action d'un virus, elles pouvaient être frappées par l'épidémie, qui à elle seule peut engendrer la maladie. A chaque instant enfin, les non-contagionistes montrent des femmes qui, placées dans toutes les conditions les plus favorables à la contagion, sont restées parfaitement bien portantes. M. Lorain a eu aussi ce tort dans l'appréciation des causes qui peuvent déterminer la fièvre puerpérale chez l'enfant nouveau-né. Cette objection n'en est pas une, car partout et souvent on trouve des individus réfractaires non-seulement aux maladies contagieuses, mais encore aux inoculations virulentes, à l'action d'une épidémie; aucun pathologiste ne s'est avisé de dire qu'une maladie n'était pas épidémique, parce qu'elle n'avait pas frappé toutes les personnes d'une même localité sans exception. Pourquoi se servir de cet argument contre la contagion?

Nous dirons, avec Requin, que si l'on veut se figurer la contagion

comme quelque chose d'absolu, d'inévitable, d'infaillible, on ne la verra nulle part dans la nature.

Si la fièvre puerpérale n'était qu'épidémique, elle causerait approximativement des ravages aussi considérables dans la clientèle civile que dans les hôpitaux, et nous avons montré une différence immense dans la mortalité. L'empoisonnement puerpéral frappe non-seulement les femmes en couches, mais il s'étend encore aux femmes ou aux jeunes filles pendant l'écoulement menstruel, et jusqu'aux enfants nouveau-nés. Nous avons montré que l'infection est incapable de rendre compte d'une pareille extension, et que les précautions hygiéniques qui ont fait disparaître les causes d'infection n'ont que peu diminué le nombre des décès; nous croyons donc être dans le vrai en disant que la fièvre puerpérale est épidémique et contagieuse.

La contagion n'est sans doute que l'une des causes qui peuvent propager la fièvre puerpérale; il est possible même qu'elle ne se révèle que pendant les épidémies intenses, pour disparaître dans les cas sporadiques; mais, telle qu'elle s'est présentée à notre observation, la fièvre puerpérale devient contagieuse.

Nous n'avons pas inventé les faits, nous ne les avons pas fait plier à une idée préconçue; nous les avons discutés avec impartialité, en nous appuyant sur les règles de la pathologie, et c'est avec sincérité et conviction que nous soutenons que la fièvre puerpérale est contagieuse.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Exposer les phénomènes du choc dans une sphère creuse élastique; applications aux fractures du crâne.

Chimie. — Des phosphates de chaux.

Pharmacie. — Des principes actifs des plantes que l'eau dissout et de ceux dont elle peut se charger. Une plante ou une partie de plante étant donnée, quelle peut être l'influence du procédé opératoire sur la nature des matières qui entreront en dissolution?

Histoire naturelle. — Des substances contenues dans le tissu utriculaire des végétaux.

Anatomie. — Des enveloppes du testicule.

Physiologie. — Des principales théories sur la formation de la voix.

Pathologie interne. — De la congestion cérébrale et de la syncope.

Pathologie externe. — Des déplacements de l'utérus.

Pathologie générale. — Des altérations de composition que l'urine peut éprouver dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des tubercules.

Accouchements. — Des vices de conformation du bassin.

Thérapeutique. — Des cas dans lesquels le nitrate d'argent est employé dans la thérapeutique médicale.

Médecine opératoire. — Du traitement des polypes utérins.

Médecine légale. — De la monomanie homicide.

Hygiène. — Des émanations en général, sous le rapport de l'hygiène.

Vu, bon à imprimer.

P. DUBOIS, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

CAYX.

TABLE.